



**Depressão Pós-Parto: Relações com Dimensões
da Vinculação e Sentimento de Competência Parental**

FRANCISCA ISABEL SANTOS LEITÃO MARINHO DA SILVA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, um especial agradecimento ao meu Orientador, Professor Doutor António José dos Santos, que desde o início deste projeto demonstrou um apoio incondicional, estando sempre presente em cada fase. Obrigada pela sua disponibilidade, compreensão, dedicação e encorajamento do início ao fim, sem a sua ajuda não teria sido possível.

A todos os Professores que me acompanharam durante estes anos de curso. Obrigada por serem fontes de inspiração, exemplos de profissionalismo, pela passagem de conhecimento valioso e por me encherem de entusiasmo por estudar Psicologia.

Agradecer aos meus amigos e, em especial, às minhas amigas Maria e Mariana, que me acompanham desde os nove anos de idade, juntas fechamos mais um bonito ciclo.

Aos meus colegas de curso e amigos, em especial à Mariana e ao João que estiveram presentes em fases cruciais, me ajudaram e com quem aprendi e cresci.

À Dês e às minhas colegas de equipa, que foram incansáveis e amavelmente me permitiram dedicar a este projeto, o meu muito obrigada.

À minha família, mãe Isabel e pai Francisco, por serem sempre porto seguro e fonte inesgotável de amor. Sem nunca esperarem nada, esperam sempre tudo. Obrigada por me abrirem as portas para que eu pudesse seguir a minha paixão. Sempre grata.

Em especial, à minha avó Lucília, amiga, exemplo, figura inabalável. Pelo seu amor, vi sempre refletido nos seus olhos uma Francisca forte, capaz e afetuosa - aquela que, por vezes, nem sempre acreditei existir. Obrigada minha querida avó, a ti te dedico este trabalho.

Por último, a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta tese, a minha sincera gratidão.

Resumo

Entre 3 e 6 % das mulheres experienciam depressão pós-parto (APA, 2013). As mulheres com esta perturbação revelam uma diminuição de ânimo e perda de interesse, culpa, baixa autoestima, perturbações do sono e apetite e diminuição da vitalidade, que poderá levar a limitações e incapacidade no cuidado ao bebé (Hajipoor, Pakseresht, Niknamim, Roshan e Nikandish, 2021). Um levantamento transversal de dados com mães primíparas (N =35) foi conduzido com o intuito de investigar a relação entre a depressão pós-parto e a perceção de eficácia nos cuidados parentais, bem como, a relação entre os seus modelos internos de vinculação e a depressão pós-parto. Através das correlações de *Pearson* e comparação de médias entre grupos, verificou-se que mães com níveis mais elevados de depressão pós-parto relataram menores níveis de eficácia percebida e que uma dimensão de vinculação de ansiedade à figura materna está associada a níveis mais elevados de depressão pós-parto. Assim, este estudo permitiu compreender a natureza complexa e multifacetada da depressão pós-parto e o impacto profundo que pode ter no bem-estar materno e nos cuidados percebidos ao bebé.

Palavras-chave: depressão pós-parto, cuidados parentais, mães primíparas, maternidade, vinculação.

Abstract

Between 3% and 6% of women experience postpartum depression (APA, 2024). Women with this disorder exhibit a low mood and loss of interest, guilt, low self-esteem, sleep and appetite disturbances, and reduced vitality, which may lead to limitations and impairments in caring for the baby (Hajipoor et al., 2021). A cross-sectional survey of data from primiparous mothers (N = 35) was conducted to investigate the relationship between postpartum depression and perceived efficacy in parental care, as well as the relationship between their internal attachment models and postpartum depression. Through Pearson correlations and group mean analysis, it was found that mothers with higher levels of postpartum depression reported lower levels of perceived efficacy and that higher levels of anxious dimension of attachment to the maternal figure was associated with higher levels of postpartum depression. Thus, this study provided insight into the complex and multifaceted nature of postpartum depression and the profound impact it can have on maternal well-being and perceived infant care.

Keywords: postpartum depression, parental care, primiparous mothers, motherhood, attachment.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Índice.....	vi
Índice de Tabelas.....	vii
INTRODUÇÃO	1
Depressão Pós-Parto	1
Fatores de Risco para o Desenvolvimento de DPP	2
Consequências da DPP	5
O nascimento de uma mãe	6
Cuidados Parentais.....	9
Qualidade da Representação de Vinculação.....	11
Objetivo do Estudo	13
MÉTODOS.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	14
Escala de Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais.....	14
Escala de Sentimento de Competência Parental.....	15
Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisado.....	16
Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh.....	17
Procedimento	17
Análise de Dados	19
RESULTADOS	20
Consistência interna das medidas	20
Comparação com os Estudos Originais de Validação	21
Escala de Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais.....	21
Escala de Sentimento de Competência Parental.....	22
Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisado.....	22
Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh.....	22
Análise de Correlações	24
Análise comparativa de variáveis entre grupos: Baixa DPP e Elevada DPP	26
DISCUSSÃO.....	30
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38

Índice de Tabelas

Tabela 1- Fiabilidade das Medidas.....	20
Tabela 2 - Estatística Descritiva.....	21
Tabela 3 - Correlações.....	23
Tabela 4 – Comparação de Médias em Função do Grupo.....	27
Tabela 5 – Diferenças de Médias em Função do Grupo	28

INTRODUÇÃO

Depressão Pós-Parto

A Depressão Pós-Parto (DPP) (também conhecida como depressão periparto ou uma especificação de depressão major) é considerada como um episódio depressivo major ou um transtorno depressivo menor (menos frequente) que afeta algumas mulheres de 4 semanas a 6 meses após o parto (APA, 2024). Para algumas mulheres, a DPP representa uma recaída de um quadro de depressão pré-existente que é desencadeado devido mudanças hormonais e emocionais após o nascimento do bebê (Sharma e Sharma, 2012). Noutros casos, a DPP poder-se-á manifestar em mulheres sem qualquer historial de depressão. Estima-se que entre 3% e 6% das mulheres enfrentarão um episódio depressivo major durante a gravidez ou nas semanas ou meses seguintes ao parto (DSM-V, 2013).

O parto pode desencadear uma variedade de doenças do foro psicológico, incluindo os transtornos de humor. Mulheres com episódios depressivos major periparto frequentemente experienciam ansiedade intensa, chegando a sucederem-se ataques de pânico. Segundo o DSM-V (2013), vários estudos apontam que as alterações no humor e ansiedade durante a gravidez, aumentam o risco de um episódio depressivo major pós-parto. Adicionalmente, outra condição que se distingue da DPP, mas que pode contribuir para o seu desenvolvimento são os chamados *baby blues*, que se referem a sintomas depressivos transitórios experienciados por muitas mulheres durante os primeiros 10 dias após o parto. Os sintomas associados ao *baby blues* são a labilidade emocional, o choro fácil, a ansiedade, insónia e irritabilidade (Sharma & Sharma, 2012). Importa, portanto, fazer o diagnóstico diferencial. Apesar da natureza leve e transitória destes sintomas, esta poderá ser uma manifestação inicial da DPP ou da psicose puerperal. A psicose puerperal, embora rara (1 em 500 a 1000 partos), é um transtorno sério associado ao suicídio materno e ao infanticídio (DSM-V, 2013). Por sua vez, o infanticídio relaciona-se com episódios psicóticos - alucinações ou delírios.

Do ponto de vista fisiológico e biológico, a gravidez traz várias mudanças nos sistemas do corpo da mulher. Estas mudanças ocorrem no sistema reprodutivo, no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, na ativação do sistema imunológico e na regulação da glicose com o objetivo de preparar e adaptar o corpo materno ao feto em desenvolvimento, bem como, assegurar o seu sustento (Guintivano et al., 2022). Após o

parto e com a saída da placenta, o corpo da mulher experimenta uma queda brusca de várias moléculas neuroativas (neurotransmissores, neuromodeladores e hormonas), exigindo uma recalibração para as novas necessidades corporais (Guintivano et al., 2022). Contudo, este processo de recalibração não ocorre de forma imediata. O retorno aos níveis pré-gestacionais pode ser dificultado por interrupções na recuperação dos sistemas biológicos, o que por sua vez, pode contribuir para os sintomas de DPP.

Segundo Beck, Records e Rice (2006), o grande problema da DPP reside na perda de controle sentida pela mulher sobre as suas emoções, processos de pensamento e ações. Numa meta-síntese, conduzida por Beck (2002), de 18 estudos qualitativos verificou-se quatro temas fundamentais ou perspectivas acerca de DPP. O primeiro é relativo à incongruência entre as expectativas e realidade da maternidade (Beck, 2002). O segundo à “queda em espiral” que consiste num conjunto de sintomas como a ansiedade, o pensamento obsessivo, a zanga, o comprometimento cognitivo, o isolamento, a solidão, a culpa, a sobrecarga e os pensamentos de autolesão (Beck, 2002). O terceiro relativo à perda percebida de controlo, de *self*, das relações e da voz da mulher. Por último, a reintegração e a mudança (Beck, 2002).

Assim, estes autores sugerem que as mulheres que enfrentam a DPP a partir de um processo que envolve o confronto inesperado com sentimentos de medo, experienciando a perda do *self* devido à incerteza acerca da sua identidade, lutando para sobrevir e, finalmente, recuperando o sentido de controle. Esta extensa jornada destaca a complexidade emocional e a resiliência necessária para ultrapassar a DPP.

Fatores de Risco para o Desenvolvimento de DPP

Através de uma meta-análise Beck (2001), identificou diversos preditores de depressão pós-parto. Entre os preditores mais fortes, a depressão pré-natal destacou-se como altamente correlacionada com a DPP, indicando que mulheres que sofrem de depressão durante a gravidez têm uma maior probabilidade de desenvolver DPP (Beck, 2001; Henshaw et al., 2023). A baixa autoestima foi também identificada como um preditor significativo, onde mulheres com altos níveis de autoestima demonstraram uma maior capacidade de lidar com o stress, reduzindo assim o risco de DPP (Beck, 2001). O stress relacionado ao cuidado parental foi outro preditor significativo, refletindo as preocupações e responsabilidades intensificadas ao cuidar de um recém-nascido, especialmente na ausência de suporte adequado (Beck, 2001; Henshaw et al., 2023). Da

mesma forma, a ansiedade durante a gravidez foi um preditor importante de DPP, advinda de preocupações com o parto, a saúde do bebê e a adaptação ao novo papel materno (Beck, 2001).

O stress geral, incluindo problemas financeiros e conflitos familiares, aumentou a vulnerabilidade à DPP (Beck, 2001). A falta de suporte social, essencial para ajudar as novas mães a lidar com os desafios da maternidade, também foi um preditor moderado de DPP (Beck, 2001). A qualidade do relacionamento conjugal, com relacionamentos insatisfatórios ou conflituosos, aumentou o risco de DPP devido à falta de suporte emocional e aumento do stress (Beck, 2001; Henshaw et al., 2023). Mulheres com histórico de depressão (Beck, 2001; Henshaw et al., 2023) ou de DPP (Alzahrani, 2019) parecem ser fortes indicadores da probabilidade de a mãe desenvolver DPP. O temperamento difícil do bebê, caracterizado por dificuldades em consolar ou padrões de sono irregulares, aumentou o stress e a exaustão das novas mães, contribuindo para a DPP (Beck, 2001). A tristeza materna, um estado de humor transitório logo após o parto, também foi um preditor de DPP em alguns casos (Beck, 2001).

Henshaw et al. (2023) focaram-se na dinâmica de casal, evidenciando a interdependência emocional entre mães e parceiros, onde stress e ansiedade mútuos influenciam diretamente a saúde mental de ambos. Avaliaram como o stress, a ansiedade do parceiro, o humor e a qualidade do relacionamento podem ser preditores de sintomas depressivos e ansiosos perinatais em mães de primeira viagem e seus parceiros durante o pós-parto. Os resultados demonstraram que o stress, a satisfação no relacionamento e o humor do parceiro estão intimamente relacionados aos sintomas depressivos e ansiosos em ambos os pais.

A ansiedade materna no período pós-parto foi influenciada por vários fatores, incluindo a depressão materna pré-existente, o stress perinatal e a ansiedade do parceiro, sugerindo uma interdependência emocional entre o casal. A ansiedade do parceiro também teve um impacto direto na saúde mental da mãe. Para os parceiros, a ansiedade foi fortemente associada ao stress pessoal e à ansiedade da mãe. Os sintomas depressivos nas mães foram influenciados pela ansiedade materna, histórico de depressão e stress materno. A percepção da mãe sobre o suporte do parceiro no cuidado parental foi crucial, sendo que quanto maior o suporte percebido, menores os sintomas depressivos verificados. A satisfação no relacionamento, conforme percebida pela mãe, também foi um fator importante para a depressão no parceiro. (Henshaw et al., 2023)

Haga et al. (2012) referem que pessoas com hábitos de ruminação, autculpabilização e catastrofização parecem ter maior tendência para desenvolver psicopatologia, enquanto a reavaliação positiva e o planeamento têm sido associados a uma menor vulnerabilidade a problemas emocionais. As mulheres que utilizam frequentemente estratégias como autculpabilização, ruminação e catastrofização apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos pós-parto em todas as três avaliações quando comparadas com as mulheres que recorrem mais à reavaliação positiva e ao planeamento mostraram níveis mais baixos de sintomas. O mesmo estudo reportou que as mulheres com um nível mais alto de autoeficácia na amamentação exibiram menos sintomas depressivos pós-parto em todos os três momentos.

Como já foi referido relativamente ao suporte social, tanto a necessidade de apoio como a perceção do suporte disponível destacaram-se como preditores importantes dos sintomas depressivos pós-parto. Haga et al. (2012), apontam que quanto maior a necessidade de suporte apresentada, maior a probabilidade de desenvolvimento de sintomas de DPP. Uma possível explicação é de que essa necessidade de suporte mais acentuada reflita um maior nível de incerteza, o que pode representar uma vulnerabilidade para DPP. Por outro lado, as mulheres com uma perceção de suporte disponível mais elevada apresentaram pontuações significativamente mais baixas nas medidas de DPP, sugerindo que a sensação de não estar sozinha é essencial durante a maternidade.

A saúde e desenvolvimento do bebé é naturalmente uma preocupação central para os pais. Problemas de saúde em recém-nascidos podem ter um efeito negativo significativo nos pais, especialmente no caso de doenças crónicas (Alzahrani, 2019). Qualquer problema de saúde do bebé pode ser considerado um fator causador para quaisquer distúrbios de humor que possam surgir posteriormente, incluindo a depressão. Assim, Dubey et al. (2021), observaram que a depressão no período pós-parto está significativamente associada a eventos adversos no recém-nascido, já que tais eventos estão associados a respostas de stress. Do mesmo modo, numa revisão sistemática realizada por Vigod, Villegas, Dennis & Ross (2010), verificaram que a idade gestacional inferior, o baixo peso ao nascimento (<2500g), doença ou deficiência contínua do bebé e a falta percebida de apoio social foram fatores de risco para DPP. É importante considerar que as complicações sofridas pela mãe durante a gravidez podem ser a causa dos problemas de saúde subsequentes do recém-nascido (Alzahrani, 2019).

Goyal, Gay & Lee (2010) focaram-se apenas na associação entre o estatuto socioeconómico e a DPP. Apuraram que uma renda baixa está associada ao aumento dos

sintomas depressivos, o que também vai ao encontro dos resultados do estudo de Dubey et al. (2021). No que diz respeito às habilitações literárias, ter menos que um curso superior, estar desempregada e ser solteira foram fatores de risco significativos para o desenvolvimento de sintomas depressivos durante a gravidez e aos 3 meses pós-parto (Goyal, Gay & Lee, 2010). A associação entre o baixo nível de habilitações literárias com o desenvolvimento DPP, pode ser explicada pelo facto de que uma educação de nível inferior está relacionada a uma menor conscientização sobre cuidados pós-parto e boas práticas de criação dos filhos (Dubey et al., 2021).

Em suma, parece haver um consenso de que os fatores psicossociais desempenham um papel fulcral. Os fatores mais frequentemente citados são o conflito conjugal (Romans et al., citado por Ambrosini, Donzelli & Sranghellini, 2012), a falta de um confidente (Romans et al., citado por Ambrosini, Donzelli & Sranghellini, 2012), condições psicossociais difíceis (Romans et al.; Paykel et al., (Romans et al., citados por Ambrosini, Donzelli & Sranghellini, 2012), eventos de vida negativos durante o ano anterior ao parto (Paykel et al., 1980 citados por Ambrosini, Donzelli & Sranghellini, 2012) e dificuldades financeiras e profissionais (O'Hara et al., citado por Ambrosini, Donzelli & Sranghellini, 2012). Por último, Dubey et al. (2021) identificaram que mães primíparas tiveram uma prevalência significativamente maior de DPP, que pode ser explicado pelo facto de mães primíparas possuírem mais desconforto e problemas no puerpério, enquanto mães múltíparas têm mais satisfação e experiência adquirida com filhos anteriores, o que possivelmente resulta em menores índices de DPP.

Consequências da DPP

A depressão pode ser percebida como uma das condições mais incapacitantes para mulheres em idade fértil (Dimcea et al., 2024), tendo efeitos arrasadores no seu papel enquanto mulher, esposa, mãe e na sua profissão. A DPP pode impactar o funcionamento da mulher no quotidiano e a sua qualidade de vida e privar a experiência da maternidade. Enquanto tentam lidar com as suas próprias necessidades e problemas durante o período do pós-parto, as mães têm de atender às necessidades do bebé e manter as rotinas do mesmo. Deste modo, esta condição tem efeitos adversos na saúde da mãe e do bebé simultaneamente.

A sincronia entre o comportamento relacional da mãe e do bebé resultam de uma “dança” na qual o bebé solicita o comportamento materno, a mãe responde aos sinais do

bebé e o bebé desenvolve confiança de que as suas necessidades serão suprimidas (Logsdn, Wisner e Pinto-Foltz, 2016). Com a presença da DPP, a mulher torna-se vulnerável, o que prejudica as suas tarefas de *maternage* e, conseqüentemente, o bebé deparar-se-á com um ambiente pouco estimulante e pobre (Apóstolo, 1999). Assim, esta condição não afeta apenas a saúde mental das mães (com efeitos a longo prazo), como também, o desenvolvimento subsequente dos seus filhos pelo comprometimento da relação mãe-bebé. (Eitenmüller, Köhler, Hirsch, & Christiansen, 2022). Vários estudos comprovam que a depressão interfere com este processo. Segundo Logsdn, Wisner e Pinto-Foltz (2016), Aaron T. Beck verificou numa meta-análise de nove estudos que a depressão pós-parto tem um efeito adverso na interação mãe-bebé após o parto, no primeiro ano de vida. Segundo Field (2010), noutra meta-análise de estudos sobre as interações precoces de mães com depressão pós-parto, observou-se que as mães que estavam deprimidas ao longo dos primeiros 3 meses de vida de seus bebés eram caracterizadas como mais irritáveis e hostis, menos envolvidas, exibiam menos emoção e calor e registavam uma baixa interação lúdicas com os seus bebés.

Do mesmo modo, Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet & Manzano (2002), verificaram que as mães deprimidas se sentiram mais tristes, ansiosas e agressivas do que mães não deprimidas e registaram menos apetite e mais cansaço. Adicionalmente, as mães deprimidas não expressaram prazer para com os seus bebés e tinham comportamentos mais desajustados ou inadequados com os mesmos. Deste modo, uma mãe que se encontra deprimida é uma mãe que se encontra mais centrada sobre si mesma e nas suas preocupações e, conseqüentemente, menos orientada para a identificação e supressão das necessidades e desejos do bebé.

O nascimento de uma mãe

O nascimento de uma mãe vai muito para além das transformações físicas e biológicas. A passagem de uma mulher para mãe engloba uma experiência profunda de transformação psicológica, que redefine o seu sentido de identidade de forma que esta pode nunca ter considerado (Babetin, 2020). Segundo o psicanalista Daniel Stern (1997), com a chegada do bebé, desenvolve-se o que denomina de *psique materna*. Este conceito refere-se ao conjunto de mudanças emocionais, psicológicas e comportamentais que dão origem a uma nova identidade da mulher que se desenvolve a partir de uma vivência

interna associada ao sentimento de ser mãe (Stern, 1997). Esta transformação profunda começa-se a desenvolver durante a gravidez e intensifica-se com a chegada do bebê.

Durante a gravidez, à medida que o corpo da mulher se encarrega da formação física do feto, a sua mente encarrega-se da formação da ideia de mãe que se irá tornar. Simultaneamente, começa a construir a imagem mental de como acredita que será o seu bebê. Deste modo, Stern (1997) aborda três processos de gravidez que irão ocorrer conjuntamente: o desenvolvimento físico do feto, o desenvolvimento da atitude da mulher acerca da maternidade e o desenvolvimento da fantasia do bebê que vai tomando forma na sua mente.

Assim, a mulher é envolvida pelos desejos, medos e fantasias que se centram em torno de questões práticas, tais como, “como será enquanto mãe?”, “quem é este bebê?”, “como será o parto?”, “o que irá suceder com a sua relação conjugal, profissão e relação com família e amigos?”, entre outras. No processo da gravidez, a mente da mulher ocupa-se a projetar o futuro e a trabalhar sobre esta ideia. O mundo imaginário que a mulher vai criando e alimentando é um estágio mental em que esta pode inventar e pôr em manifesto os diferentes resultados e soluções para situações passíveis de acontecer. Este processo de elaboração mental, criativo e útil, revela-se como fundamental para preparar a mulher para as situações que futuramente terá de enfrentar (Stern, 1997). É a partir daqui que se vai tornando mais consciente do seu papel e das suas responsabilidades e são estes cenários que, no futuro, iriam permitir a sobrevivência do bebê (Stern, 1997).

A mudança da mulher para mãe também é abordada na teoria de Winnicott. No seu trabalho, *Primary Maternal Preoccupation* (Winnicott, 1956), o autor introduz o conceito de *preocupação maternal primária*. Este conceito pode ser entendido como um estado psicológico de sensibilidade apuradíssima que a mãe irá desenvolver aquando do nascimento do bebê, de modo a conseguir dar conta deste, das suas necessidades e experiências, através de respostas adequadas. Esta transformação, ainda que temporária, é crucial uma vez que representa uma adaptação da identidade da mulher, permitindo-lhe focar-se integralmente nas necessidades do bebê. Winnicott (1956) acerca da importância deste estado afirma: “Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início da vida do bebê sem perceber que ela precisa alcançar esse estado de sensibilidade elevada, quase uma enfermidade, e recuperar-se dele” (p.300).

O processo de passagem de mulher para mãe pressupõe uma reestruturação da identidade da mulher, de forma que possa incorporar uma identidade materna e o bebê no seu sentido de *self*. Assim, existirá uma reorganização dos seus valores pessoais,

influenciando todas as suas relações prévias e levando a mulher a reconsiderar as suas relações mais próximas e o seu papel na história da família (Stern, 1997). Importa referir que todas as mulheres são diferentes e, como tal, adquirem de forma e ritmos distintos o sentido interno de maternidade, com umas a experienciar essa sensação mais cedo que outras.

Este processo poderá ser desafiante, criando uma sensação de perda de sentido de identidade na mulher, já que a mesma terá de abdicar diversas vezes das suas próprias necessidades no sentido de criar espaço para o seu bebé e tornar-se progressivamente mais consciente deste (Babetin, 2020; Laney, Hall, Anderson e Willingham, 2015). Principalmente no caso das mães de primeira viagem, a experiência da maternidade pode revelar-se como extremamente exigente pressionando a mulher a adaptar-se como pessoa, tendo de fazer ajustamentos necessários e de qualidade às realidades práticas e à vida familiar (Apóstolo, 1999).

Como foi referido anteriormente, várias dimensões da vida da mulher terão de se ajustar à nova realidade. No que diz respeito à transição da mulher com uma carreira profissional para mãe pode ser também um período desafiante na vida de muitas mulheres. Esta nova fase significa um ajuste a novas rotinas e papéis e a sua posterior gestão. De salientar também que a maternidade instiga as normas ideais do trabalho e o do que é ser-se profissional, que sugere que as pessoas devem estar permanentemente disponíveis para o trabalho (Gabriel, Ladge, Little, MacGowan & Stillwell, 2023).

Por último, outro aspeto que importa refletir é a maternidade nos tempos atuais. O feminino é diversas vezes associado a diversas características inerentes ao materno, seja o carinho, a sensibilidade, empatia, cuidado, entre outras. Este modelo tradicional de género, acaba por restringir a noção do que é ser-se mulher e promove uma expectativa do ideal de maternidade a que todas as mulheres deveriam aspirar, o que pode gerar sentimentos de culpa na mulher caso a realidade não se enquadra nessas expectativas (Castillo e Usaola, 2020).

Consequentemente, observa-se uma desvalorização dos cuidados maternos por passarem a ser considerados normais e instintivos para além da mulher se encontrar passível de julgamento caso surjam dificuldades na relação da díade mãe-bebé (Castillo e Usaola, 2020). Assim, é essencial que estas representações sociais e narrativas não se sobreponham à experiência individual de maternidade. Cada passagem da mulher para a maternidade é única e honrar esta individualidade permite-lhe navegar por esta profunda

transformação de uma forma que ressoe com a sua experiência pessoal e de maneira autêntica.

Cuidados Parentais

O ser humano, enquanto bebê, é dependente de um suporte ativo e proteção por parte dos seus cuidadores, necessitando de cuidados e atenção extensivos. Deste modo, é crucial o estabelecimento de uma relação próxima entre os cuidadores e os seus bebês. George & Solomon (2008) conceitualizaram o sistema de cuidados parentais como um conjunto de comportamentos parentais destinados a promover a proximidade e conforto, visando a proteção e sobrevivência da criança como sua principal função adaptativa, sempre que os pais (ou seus substitutos) percebam que a criança esteja a enfrentar uma situação de perigo, potencial ou real (por exemplo, separação, medos da criança, desconforto ou estresse percebido pela criança).

Segundo Bowlby (1951), os próprios bebês nascem com sistemas comportamentais inatos, tais como mamar, agarrar, chorar, sorrir, que se destinam a estabelecer um vínculo com os cuidadores mais próximos e permanentes, bem como, assegurar a sua própria sobrevivência. Mais, o bebê tem a capacidade para estimular respostas comportamentais maternas. Caso a mãe não responda a estímulos iniciais, o bebê persevera com o seu esforço para despertar a sua atenção, apenas acabando por desistir após tentativas muito consistentes e dinâmicas (Fleming, 2005).

Winnicott (1960), sublinha a importância do investimento materno nos primeiros tempos de vida e refere que os cuidados parentais satisfatórios pressupõem 3 estágios. O primeiro é referente ao conceito de *holding* materno, que se entende como suporte ou contenção providenciados pela mãe ao bebê, oferecendo-lhe segurança, proteção e um espaço emocional que possibilita que este explore e se desenvolva com uma sensação de confiança e bem-estar estar (Winnicott, 1960). O segundo relaciona-se com a mãe e o bebê coexistirem numa unidade física e emocional, em que a função do pai é assegurar um ambiente estável e favorável, cuidando das necessidades da mãe estar (Winnicott, 1960). Neste estágio o papel do pai para com o bebê é indireto. No terceiro estágio, pai, mãe e bebê convivem juntos. À díade mãe-bebê, junta-se o pai, criando-se uma unidade familiar (Winnicott, 1960). Da mesma forma, Bowlby (1952) coloca ênfase na importância da relação mãe-bebê, referindo que a relação da criança com a mãe é sem dúvida a relação mais importante durante os primeiros anos do bebê.

Como foi referido na secção anterior, a maternidade e, por sua vez, a criação do self materno, envolve uma série de mudanças que ocorrem em diversas dimensões, o vínculo com o bebé, o papel de cuidadora e as emoções associadas à maternidade. O grande foco da mãe passa a ser no bem-estar e sobrevivência do bebé, adaptando a sua psique para atender às exigências desta nova fase. Assim, este período de adaptação pode ser gerador de stress e ansiedade, especialmente no caso de mães primíparas, cujas mulheres passam de ser apenas responsáveis por si mesmas, para serem responsáveis por cuidar de um bebé.

Nos primeiros meses são solicitadas capacidades especiais e energia para a elaboração de tarefas envolvidas no cuidado ao bebé. Os mecanismos de *coping* da mãe são afetados se a criança for mais difícil, caso se revele como agitada, chorosa ou facilmente irritável, o que aumenta a carga de trabalho e, conseqüentemente, o seu cansaço. Este comportamento mais desafiante da criança mostra-se como um problema que os pais enfrentam nos cuidados aos seus filhos, visto que a dificuldade é interpretar as suas necessidades e saber a fonte e seriedade do desconforto destes (Lightfoot, Cole e Cole, 2009). Se este comportamento da criança se intensifica e a mãe sente dificuldade na sua gestão, tal facto poderá facilmente pôr em causa as suas capacidades de *maternage* e, conseqüentemente, minar o sentido de competência e confiança nas suas capacidades como cuidadora (Cronin, 2003).

Segundo Ferreira, Veríssimo, Santos, Fernandes e Cardoso (2011), a autoperceção de competência parental tem um impacto significativo no comportamento parental, nas interações cuidadores-bebés e no desenvolvimento e comportamento dos filhos. A confiança nos cuidados parentais à criança facilita a adaptação e as experiências de maternidade. Em oposição, a falta de confiança materna com o seu bebé no período inicial do pós-parto pode afetar negativamente a sua experiência de maternidade e, assim, a sua capacidade nas respostas de cuidado ao seu bebé (Warren, 2004).

A autoperceção de eficácia nos cuidados parentais e a capacidade de novas mães lidarem com os cuidados ao bebé podem ser promovidos através do suporte social (Warren, 2004), principalmente se fizerem parte da rede apoio figuras significativas, tais como, parceiro, família ou amigos. Congruentemente, como já foi referido, a capacidade de a mãe providenciar para ela própria encontra-se limitada, o que aumenta a importância da presença desta rede de apoio no auxílio nos cuidados ao bebé. Mais especificamente, o papel do companheiro/pai é crucial. Este poderá providenciar amor, companheirismo, suporte emocional, criando um ambiente harmonioso para que a mulher se possa dedicar

ao bebê. Tal investimento, não irá beneficiar só a mãe como também a criança, que se poderá desenvolver plenamente, prosperando numa atmosfera de cuidado e segurança (Bowlby, 1952).

Qualidade da Representação de Vinculação

A vinculação é um conceito que se refere à ligação emocional que a criança estabelece, a partir dos sete/nove meses de idade, com a figura parental ou cuidador - um indivíduo diferenciado e que a criança recorre em momentos de angústia. Na teoria da vinculação, desenvolvida por Bowlby/Ainsworth, está implícita a noção de que a criança primeiro representa a relação de vinculação como um padrão sensoriomotor de comportamento e que, no contexto da interação contínua, bem como das conquistas nos domínios motor, cognitivo e linguístico, os vínculos são internalizados e representados na mente (Vaughn et al., 2006).

Segundo esta teoria, uma vinculação firme ajuda a criança a interiorizar sentimentos de segurança durante períodos mais longos e frequentes de separação com os cuidadores. Simultaneamente, desenvolvem-se na criança o acesso à função simbólica e as capacidades de representação mental. É a partir do surgimento desta capacidade para simbolizar que a vinculação pais-criança começa a servir como um modelo interno de funcionamento - um modelo mental que as crianças constroem como resultado das experiências com os seus cuidadores e que utilizam para guiar as suas interações com estes e com outros (Lightfoot et. al., 2009). Para John Bowlby, são estas representações que possibilitam à criança a exploração longe do cuidador sem a interferência associada à angústia de separação (Vaughn et al., 2006). Assim, um padrão de vinculação segura resulta da sensibilidade e responsividade dos cuidadores às necessidades da criança.

Ao longo do tempo, este padrão irá permitir a emergência de uma autoimagem positiva, a capacidade de lidar com a angústia, o conforto na autonomia e a construção relacionamentos com terceiros (Berry, Danquah e Wallin, 2013). Quando formados, estes modelos tendem a operar ao nível do inconsciente, permanecendo relativamente estáveis ao longo da vida, embora sejam passíveis de revisão e mudança face a experiências reais relevantes para a vinculação (Monteiro et al., 2015).

Na vida adulta, os modelos internos desenvolvidos na infância têm impacto na regulação emocional, no desenvolvimento da personalidade e nas relações interpessoais dos indivíduos (Zhang et al., 2022). As representações mentais servem de modelo para o

estabelecimento e funcionamento das relações afetivas, sobretudo onde o conceito de base segura está presente, como é o caso das relações de amizade, amorosas ou da parentalidade (Fraley, Heffernan, Vicary e Brumbaugh, 2011).

Assim, os estilos de vinculação do adulto afetam as relações dos indivíduos, no que concerne ao seu sucesso e satisfação com estas conexões, ao longo de toda a sua vida. Estes estilos podem ser divididos em vinculação de base segura e vinculação insegura, com a segunda a subdividir-se em vinculação insegura ansiosa e vinculação insegura evitante (Brennan, Clark e Shaver, 1998). Acerca da vinculação na vida adulta Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (2015, p. 28) referem:

“A vinculação às figuras parentais vai sendo atenuada à medida que a idade adulta avança e pode ser complementada ou até certo ponto suplantada por outras vinculações; mas poucos são, se nenhuns, os adultos que deixam de ser influenciados pelas suas vinculações primárias ou de facto, deixam de estar, até certo nível de consciência, ligados às suas figuras de vinculação iniciais.”

Adultos com um estilo de vinculação seguro tendem a preocupar-se menos com a rejeição ou abandono e tendem a sentir-se mais confortáveis quando dependem de outros e outros dependem destes (Zhang et al., 2022). Consequentemente, indivíduos seguros demonstram níveis mais baixos de vinculação insegura ansiosa e evitante. Indivíduos com um estilo de vinculação insegura ansiosa demonstram uma grande preocupação com o suporte social, ciúmes, medo de abandono pelos parceiros, uma necessidade extrema de aprovação, angústia aquando da perceção de rejeição (Wu, Yuan, Li, Zhang e Zhao, 2024; Zhang et al., 2022). No caso de adultos com um estilo de vinculação insegura evitante demonstram receio e evitamento da dependência e intimidade, desconforto na proximidade, uma necessidade excessiva de autossuficiência e evitamento da autorrevelação (Wu et al., 2024; Zhang et al., 2022).

Em suma, a qualidade de vinculação tem um impacto na identidade pessoal dos indivíduos e nas suas interações sociais, já que afeta o modo como estes constroem e perspetivam não só as suas relações, como também, eventos de vida. Assim, na parentalidade, a qualidade da experiência de vinculação do indivíduo, pode moldar a atitude relativa aos cuidados parentais e, subsequentemente, as suas respostas às necessidades da criança, que ultimamente afetam a profundidade emocional e segurança intrínsecas à relação cuidador-bebé.

Objetivo do Estudo

Este estudo propôs-se a estudar a relação entre a depressão pós-parto e a percepção da eficácia dos cuidados parentais. Também procurou compreender se existe relação entre as representações mentais de vinculação das participantes com as suas figuras vinculativas e a presença de DPP. Adicionalmente, compreender que fatores podem estar associados ao desenvolvimento de sintomas de DPP.

Para tal, elaboram-se as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se uma correlação negativa entre os níveis de DPP e a eficácia percebida nos cuidados parentais. Isto é, mães com níveis mais elevados de DPP irão percecionar-se como menos eficazes nos seus cuidados parentais.

H2: Espera-se uma correlação positiva entre ansiedade ou evitamento maternos e a DPP. Isto é, mães com valores mais elevados de DPP devem ter mais ansiedade ou mais evitamento maternos.

H3: Espera-se uma correlação positiva entre ansiedade ou evitamento paternos e a DPP. Isto é, mães com valores mais elevados de DPP devem ter mais ansiedade ou mais evitamento paternos.

MÉTODOS

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística, uma vez que as participantes tinham de obedecer a dois critérios fundamentais: as participantes tinham de ser mães primíparas e a idade dos seus bebés não poderia ultrapassar os 6/7 meses.

As mães primíparas foram selecionadas especificamente para este estudo uma vez que o objetivo é investigar a relação entre a depressão pós-parto e a perceção da eficácia nos cuidados parentais. Esta escolha é crucial porque, ao não terem experiência prévia com a maternidade, elimina-se a influência de experiências passadas que poderiam afetar os resultados. Isso permite uma análise mais precisa e confiável da interação entre depressão pós-parto, perceção de eficácia dos cuidados parentais e a qualidade de representação da vinculação.

No que diz respeito ao limite de idade dos bebés, este relaciona-se com o facto de que após essa faixa etária, com a angústia do oitavo mês, começa-se a estabelecer a vinculação. A angústia do oitavo mês está associada ao desenvolvimento da capacidade do bebé de perceber a mãe como uma figura separada e distinta dele (Klein, 1932). A ansiedade de separação que ocorre neste período é um sinal de que o bebé começa a formar um vínculo ao cuidador, reconhecendo-o como uma fonte de segurança e conforto. Para se estudar a vinculação, teria de se utilizar a observação direta, a qual não seria viável neste estudo devido a limitações práticas e logísticas. Deste modo, recorreu-se à análise de uma faixa etária onde a influência da vinculação ainda não estivesse estabelecida e, portanto, incidiu-se sobre os cuidados parentais. No total, 35 mães primíparas (N = 35) com bebés até aos 6/7 meses responderam ao questionário com idades compreendidas entre os 23 e os 40 anos de idade (M = 31.2; DP = 4.2).

Instrumentos

Escala de Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais

A Escala de Experiências em Relações Próximas – Estruturas Relacionais (EERP-ER), versão portuguesa do questionário *Experiences in Close Relationships – Relationship Structures* (ECR-RS) (Fraley, Heffernan, Vicary e Brumbaugh, 2011) (Anexo A), tem como objetivo avaliar as dimensões de ansiedade e evitamento da vinculação em diferentes relações próximas, tais como, mãe ou figura materna, pai ou figura paterna,

companheiro e melhor amigo ou nas relações próximas em geral. É um instrumento de autorrelato composto por 9 itens, distribuídos pelas subescalas de evitamento (itens 1 a 6; itens invertidos: 1, 2, 3, 4) e ansiedade (itens 7, 8, e 9). Os itens são respondidos numa escala *likert* de sete pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Para cada figura relacional são utilizados os mesmos 9 itens.

Este instrumento deriva da escala *Experiences in Close Relationships–Revised* (ECR–R; Fraley, Waller e Brennan, 2000) e foi desenvolvida com o objetivo de colmatar quatro problemas metodológicos dos questionários sobre vinculação existentes à data: a ambiguidade referencial (falta de clareza sobre qual tipo de relacionamento os participantes devem considerar ao responder ao questionário), foco excessivo em relacionamentos românticos, extensão dos questionários e a necessidade de avaliar a variação intraindividual nos modelos de vinculação (diferenças nos padrões de vinculação de uma mesma pessoa em diferentes contextos ou relacionamentos), já que uma pessoa pode ter diferentes níveis de ansiedade e evitamento com diferentes figuras de vinculação. De forma geral, esta escala foi desenvolvida de modo a permitir uma avaliação mais rápida e eficiente das dimensões de vinculação em diversos contextos relacionais.

A versão portuguesa da ECR–RS foi validada com uma amostra de pessoas de nacionalidade portuguesa, demonstrando confiabilidade e validade de construto adequadas. O processo de validação confirmou a estrutura original de dois fatores por meio da análise fatorial confirmatória (CFA) (Moreira, Martins, Gouveia e Canavarro, 2015). Assim, a ECR–RS apresenta-se como uma ferramenta psicometricamente robusta, adequada para pesquisas transculturais e facilitando o exame da vinculação em populações diversas. Além de que, a aplicação deste questionário não é limitada a um tipo específico de relacionamento, tornando-o um instrumento versátil para avaliar as tendências ou padrões de vinculação. O seu preenchimento é de curta duração, tornando-a uma escolha prática tanto para contextos de pesquisa quanto clínicos.

Escala de Sentimento de Competência Parental

A Escala de Sentimento de Competência Parental ou a Parenting Sense of Competence Scale (PSCO) (Anexo B) permite aferir a autopercepção ou o sentimento de eficácia dos pais acerca do seu desempenho parental. A PSCO é considerada como sendo a medida mais usada para medir o sentimento de eficácia parental (Johnston e Mash

citados por Ferreira et al., 2011). Esta escala contém duas dimensões principais, “Eficácia” e “Satisfação Parental”.

Num estudo elaborado por Ferreira et al. (2011), com o objetivo de aferir a percepção geral de competência parental numa amostra portuguesa, os autores verificaram que o modelo tri-factorial (Satisfação, Eficácia e Interesse) demonstrou uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo bi-factorial (Eficácia e Satisfação). Deste modo, às dimensões “Eficácia” e “Satisfação Parental”, agregou-se uma terceira o “Interesse” (itens 12, 14 e 17). Este instrumento é composto por 17 itens e utiliza uma escala likert de seis pontos, sendo que “1” corresponde a “Discordo Fortemente” e “6” corresponde a “Concordo Fortemente”. Contém oito itens invertidos (1, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17), cujos valores mais elevados apontam para uma concordância elevada e maior percepção de eficácia e satisfação parental.

Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisado

O Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisado ou *Postpartum Depression Predictors Inventory – Revised* (PDPI-R) (Anexo C) é um instrumento que identifica 13 fatores de risco identificados como sendo significativamente relevantes para o desenvolvimento de DPP (Beck, 2003). Este inventário inclui duas versões, a primeira relativa aos fatores de riscos para a depressão pré-natal e a segunda aos fatores de risco para a DPP. A versão pré-natal contém dez fatores de risco, os quais, estado civil, estatuto socioeconómico, baixa autoestima, depressão pré-natal, ansiedade pré-natal, gravidez desejada ou não desejada, historial prévio de depressão, falta de suporte social (parceiro, família e amigos), satisfação conjugal e stress quotidiano. A versão pós-natal (versão completa do instrumento) é composta pelos fatores de riscos avaliados na versão pré-natal e mais três fatores de risco, nomeadamente, o stress nos cuidados infantis, o temperamento difícil do bebé e os *baby blues*.

A versão completa deste questionário (versão pós-natal) é composta por um total de trinta e nove itens com respostas de sim/não com exceção dos primeiros dois itens, sendo que cada resposta é cotada com “0” (não apresenta risco) e “1” (apresenta risco). Deste modo, *scores* mais elevados indicam um risco mais elevado para a DPP (Alves, Fonseca, Canavarro e Pereira, 2018). Adicionalmente, o formato original deste instrumento inclui questões guia que podem ser feitas numa entrevista conduzida por um profissional, de forma que a mulher tenha a possibilidade de discutir e elaborar quaisquer

problemas que possa estar a experienciar em relação aos fatores de risco (Beck, Records e Rice, 2006).

Portanto, o PDPI-R pode ser utilizado em *setting* clínico ou para propósitos de investigação como medida de autorrelato que pode ser completada de forma fácil e acessível num curto espaço de tempo (Alves et al., 2018), conforme ocorreu neste trabalho. A versão portuguesa deste instrumento não difere em grande parte da versão original, visto que a maioria dos itens foram considerados relevantes.

Escala de Depressão Pós-natal de Edinburg

A Escala de Depressão Pós-natal de Edinburg – Versão Portuguesa ou a *Edinburgh Posnatal Depression Scale* (EPDS) (Anexo D) é utilizada para avaliar a presença de sintomas de DPP (Cox, Holden e Sagovsky, 1987). Esta escala procura enfatizar os sintomas psíquicos da depressão, diminuindo o foco nos sintomas comuns à maioria das mães (Yu et al., 2021). É composta por 10 itens do tipo *likert*, cujas questões não partilham o mesmo conjunto de resposta de forma padronizada (ex.: Item 1 – *Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas – Tanto como antes; Não tanto como antes; Definitivamente, não tanto como antes agora; Nunca.* Item 8 – *Tenho me sentindo triste ou infeliz - Sim, na maioria das vezes; Sim, frequentemente; Não, raramente; Não, nunca*).

A cotação das respostas é feita de 0 a 3, baseadas na gravidade dos sintomas. Os itens 3 e do 5 ao 10 são cotados de forma inversa. O score total é obtido somando-se as pontuações de cada um dos 10 itens. Segundo Cox, Holden e Sagovsky (1987), as mulheres cujo *score* limite seja acima de doze/treze é espectável que sofram de depressão. Contudo, importa referir que a EPDS não substitui uma avaliação clínica e um score abaixo do limite também não deve ser considerado como indicador de não presença de depressão.

Procedimento

As participantes tiveram acesso a informações detalhadas sobre o estudo e à declaração de consentimento informado. Foram informadas da confidencialidade e do carácter anónimo do estudo e que a sua participação era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento. Foi também disponibilizado um meio de contacto caso tivessem alguma questão ou dúvida.

Nesta investigação, a recolha de dados foi realizada através de questionários em formato físico (Anexo E) e um questionário disponibilizado na plataforma *Qualtrics*. A divulgação do questionário foi feita recorrendo a redes sociais, como *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp* e através de um folheto para fomentar a adesão com uma breve explicação acerca do estudo, uma imagem e um *QR Code* com acesso direto ao *Qualtrics* (Anexo F).

Para além do questionário online, recorreu-se uma clínica de obstetrícia para a recolha dados pela facilidade de acesso e rapidez na obtenção de um número significativo de participantes que atendessem aos critérios estabelecidos. Nesta clínica foram disponibilizados questionários físicos que foram preenchidos pelas participantes aquando das consultas e, mais tarde, submetidos no questionário online.

A estrutura do questionário organiza-se em cinco partes:

1. Na primeira parte, foram recolhidos alguns dados sociodemográficos, tais como a data de nascimento, idade, género (feminino, não-binário, outro), estado civil (casada, divorciada/separada, união de facto, outro), profissão e habilitações literárias.
2. Na segunda parte, foram apresentadas as questões relativas à Escala de Experiências em Relações Próximas – Estruturas Relacionais. Nesta secção foram colocadas às participantes questões acerca das suas relações próximas em geral, com a mãe ou figura materna, pai ou figura paterna, companheiro e melhor amigo.
3. Na terceira parte, foram apresentadas as dezassete questões acerca da perceção da competência nos cuidados parentais.
4. Na quarta parte, foram apresentados os trinta e nove itens do Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisado, compreendidos nas seguintes dimensões: autoestima, depressão pré-natal, ansiedade pré-natal, gravidez não planeada/não desejada, história prévia de depressão, apoio social – parceiro, apoio social – família, apoio social – amigos, satisfação com jugal, acontecimentos de vida indutores de stress, stress nos cuidados ao bebé, temperamento do bebé e *blues* pós-parto.
5. Por último, a quinta parte continha as 10 questões da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh.

Análise de Dados

Para analisar estatisticamente os dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 29. A análise da fiabilidade foi feita para as escalas ECR-RS, ESCP e a EDPS utilizando o *Alpha* de *Cronbach*, com os valores calculados para avaliar a consistência interna. Os valores Alpha para a escala PDPI-R não foram calculados pois este instrumento é composto por itens dicotómicos únicos ou somados que não se adequam a este tipo de medidas.

Na estatística descritiva, a média e o desvio-padrão, foram calculados para todas as variáveis em estudo. A análise de correlações foi conduzida utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*, Finalmente, os *t-tests* foram elaborados com o intuito de comparar as médias entre os grupos classificados pelos níveis de DPP (baixa e elevada) com base na divisão pela mediana.

RESULTADOS

Consistência interna das medidas

A consistência interna dos seguintes instrumentos – EDPS, ECR-RS, ESCP – foi avaliada utilizando os coeficientes de *alpha* de Cronbach como pode ser observado na Tabela 1: a) A EDPS demonstrou boa fiabilidade com um valor de *alpha* de Cronbach de 0.85 indicando que os itens da escala representam de forma consistente a DPP; b) A ECR-RS demonstrou uma excelente consistência interna em todas as subescalas: o Evitamento Materno com um $\alpha = 0.93$, a Ansiedade Materna com um $\alpha = 0.94$, o Evitamento Paterno com um $\alpha = 0.90$ e a Ansiedade Paterna com um $\alpha = 0.97$. Assim, estes valores refletem uma forte consistência interna da ECR-RS, sugerindo que este instrumento é robusto na avaliação dos construtos relacionados com vinculação nos contextos materno e paterno; c) A ESCP demonstrou um nível de consistência interna aceitável em ambas as subescalas com a Satisfação a apresentar um $\alpha = 0.76$ e a Eficácia apresentando um $\alpha = 0.78$ na medição da eficácia parental percebida.

Tabela 1- Fiabilidade das Medidas

Instrumentos	Alfa de Cronbach
EDPS	
Depressão Pós-Parto	.85
ECR-RS	
Evitamento_M	.93
Ansiedade_M	.94
Evitamento_P	.90
Ansiedade_P	.97
ESCP	
Satisfação	.76
Eficácia	.78

N=35

Comparação com os Estudos Originais de Validação

A Tabela 2 apresenta a média e desvio-padrão para cada variável, apresentando um resumo das estatísticas descritivas para as variáveis e co-variáveis deste estudo. Esta secção irá descrever estes resultados e, adicionalmente, irá compará-los com os estudos de validação originais de cada escala de medição.

Tabela 2 - Estatística Descritiva

	Média	DP
Preditores-DPP		
Autoestima	2.71	.67
Depressão pré-natal	.06	.24
Ansiedade pré-natal	.37	.49
Gravidez não planeada/desejada	1.60	.55
História Prévia de Depressão	.49	.51
Apoio Social do Parceiro	3.49	.85
Apoio Social da Família	3.66	.94
Apoio Social dos Amigos	3.20	.87
Satisfação Conjugal	2.46	1.01
Stress na Vida	1.03	1.20
Stress nos Cuidados ao Bebê	.66	.68
Temperamento do Bebê t	.37	.73
Blues pós-parto	.49	.51
Depressão Pós-Parto	19.77	4.24
Evitamento_M	2.63	1.44
Ansiedade_M	2.41	1.82
Evitamento_P	3.38	1.63
Ansiedade_P	2.44	2.01
Satisfação	2.74	.82
Eficácia	4.61	.66
Idade:	31.20	4.26

N=35

Escala de Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais

Neste estudo, a Ansiedade Materna teve uma média de 2.41 (DP = 1.82) e o Evitamento Materno de 2.63 (DP = 1.44), ambas ligeiramente superiores às médias reportadas por Moreira et al. (2015) de 1.82 (DP = 1.21) para a Ansiedade Materna e 2.48 (DP = 1.24) para o Evitamento Materno. Na vinculação paterna, este estudo apresenta

também médias mais elevadas, com a Ansiedade Paterna de 2.44 (DP = 2.01) e o Evitamento de 3.38 (DP = 1.63), comparativamente à amostra de Moreira et al. (2015), que reportou médias de 1.82 (DP = 1.28) e 3.12 (DP = 1.56), respetivamente. Isto sugere que, embora o evitamento seja bastante consistente, os índices de ansiedade são notavelmente mais elevados na amostra atual.

Escala de Sentimento de Competência Parental

Nesta investigação, os valores médios de Satisfação foram de 2.74 (DP = 0.82), significativamente inferiores aos reportados por Ferreira et al. (2014), com os pais 4.71 (DP = 0.83) e as mães a 4.55 (DP = 0.93). Para a Eficácia, verificou-se uma média de 4.61 (DP = 0.66), alinhada com os resultados de Ferreira et al. (2014) de 4.63 (DP = 0.58) para os pais e de 4.79 (DP = 0.58) para as mães. Isto sugere uma diminuição notável da satisfação nesta amostra, enquanto a eficácia se mantém consistente em ambos os estudos.

Inventário de Preditores de Depressão Pós-Parto – Revisado

Na presente investigação, os valores médios para a Autoestima foram de 2.71 (DP = 0.67), Depressão pré-natal 0.06 (DP = 0.24), Ansiedade pré-natal 0.37 (DP = 0.49), Gravidez Desejada/Não Desejada 1.60 (DP = 0.55), História Prévia de Depressão 0.49 (DP = 0.51), Apoio Social do Parceiro 3.49 (DP = 0.85), Apoio Social da Família 3.66 (DP = 0.94), Apoio Social dos Amigos 3.20 (DP = 0.87), Satisfação Conjugal 2.46 (DP = 1.01), Stress na Vida 1.03 (DP = 1.20), Stress nos cuidados ao Bebé 0.66 (DP = 0.68), Temperamento ao Bebé 0.37 (DP = 0.73) e Blues pós-parto 0.49 (DP = 0.51). No estudo original de Alves et al. (2018) foram de Autoestima 0.19 (DP = 0.62), Depressão pré-natal 0.17 (DP = 0.38), Ansiedade pré-natal 0.64 (DP = 0.48), Gravidez Desejada/Não Desejada 0.20 (DP = 0.41), História Prévia de Depressão 0.35 (DP = 0.48), Suporte Social 1.54 (DP = 2.06), Satisfação Conjugal 0.31 (DP = 0.72), Stress na Vida 0.75 (DP = 0.97), Stress nos cuidados ao Bebé 0.48 (DP = 0.65), Temperamento ao Bebé 0.25 (DP = 0.70) e Blues pós-parto 0.57 (DP = 0.50).

Escala de Depressão Pós-natal de Edinburg

Neste estudo, os valores médios para a DPP foram de 19.77 (DP = 4.24), valor superior ao do estudo de Henshaw et al. (2023) 7.17 (3.45), o que significa que neste estudo os níveis de DPP são mais altos.

Tabela 3 - Correlações

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Preditores-DPP																					
Autoestima	1	--																			
Depressão pré-natal	2	-.08	--																		
Ansiedade pré-natal	3	-.03	.07	--																	
Gravidez não planeada/desejada	4	.16	-.05	.02	--																
História Prévia de Depressão	5	-.27	.25	.08	-.34*	--															
Apoio Social do Parceiro	6	.354*	.15	-.16	-.01	-.09	--														
Apoio Social da Família	7	-.16	.09	.03	.24	-.382*	-.15	--													
Apoio Social dos Amigos	8	.56***	-.06	-.11	-.01	-.56***	.342*	.23	--												
Satisfação Conjugal	9	.03	.13	-.35*	-.032	.19	.49**	-.08	.0	--											
Stress na Vida	10	-.29	-.24	.13	.09	-.10	-.21	-.10	-.18	-.03	--										
Stress nos Cuidados ao Bebê	11	-.26	-.13	.18	-.06	-.10	-.345*	.15	-.03	-.28	.20	--									
Temperamento do Bebê t	12	-.54***	-.11	.08	-.29	.36*	-.33	-.07	-.57***	-.35*	.05	.19	--								
Blues pós-parto	13	-.09	.20	.27	-.28	.21	-.01	.14	.06	.02	-.16	.18	-.08	--							
Depressão Pós-Parto	14	-.70***	-.10	.21	.02	.30	-.41*	-.15	-.54***	-.11	.429*	.32	.30	.17	--						
Evitamento_M	15	-.17	-.11	.31	-.07	.29	.21	-.343*	-.32	.00	.11	.338*	.33	.07	.23	--					
Ansiedade_M	16	-.24	.06	.14	.16	-.08	.09	-.10	-.18	.10	.27	.10	-.05	-.01	.383*	.30	--				
Evitamento_P	17	-.17	.15	.25	-.32	.52**	.13	-.27	-.10	.04	.15	.14	.347*	.03	.15	.49**	.05	--			
Ansiedade_P	18	-.23	.19	.28	.07	-.08	.07	.15	.04	.13	.06	.13	-.20	.04	.28	.17	.750**	.14	--		
Satisfação	19	-.64**	.14	.15	.15	.16	-.22	.18	-.38*	.15	.39*	.39*	.20	.10	.63**	.35*	.49**	.21	.38*	--	
Eficácia	20	.10	.17	-.23	-.05	-.13	.11	.08	.08	.04	-.33	-.23	.16	-.32	-.40*	-.25	-.18	-.01	-.13	-.46**	--
Idade	21	.07	.14	.09	.17	-.01	-.32	.00	-.08	.02	.00	.01	-.31	-.06	-.10	-.32	-.28	-.28	-.12	-.07	.00

N=35; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Análise de Correlações

A análise revelou diversas correlações positivas e negativas significativas entre as variáveis desta investigação, que destacam associações com preditores de depressão pós-parto e fatores relacionados como se pode verificar na Tabela 3.

No que concerne às correlações positivas, o Stresse na Vida foi positivamente associado aos sintomas de DPP $r = 0,429$, $p < 0,05$, sugerindo que níveis mais elevados de stresse na vida estão associados a um aumento dos sintomas de DPP. Da mesma forma, a Ansiedade Materna foi positivamente associada à DPP $r = 0,383$, $p < 0,05$, sugerindo que quanto maior a ansiedade associada à figura materna, mais elevados serão os níveis de DPP. Verificou-se também uma associação entre a Satisfação e a DPP $r = 0,63$, $p < 0,01$, indicando que níveis mais altos de satisfação parental estão associados a níveis mais elevados de DPP.

Observou-se que níveis mais elevados de Autoestima foram significativamente associados a um maior Apoio Social do Parceiro $r = 0,354$, $p < 0,05$ e a um maior Apoio Social dos Amigos $r = 0,56$, $p < 0,001$, indicando que as mães com maior autoestima experienciam um apoio social mais forte. O Apoio Social do Parceiro também se associou positivamente à Satisfação Conjugal $r = 0,49$, $p < 0,01$, indicando quanto maior o apoio percebido do parceiro, maior será a satisfação conjugal. Da mesma forma, o Apoio Social dos Amigos e o Apoio Social do Parceiro revelaram uma correlação significativa $r = 0,342$, $p < 0,05$, sugerindo que as participantes que percebem um maior apoio social por parte dos amigos também tendem a perceber um apoio significativo do parceiro.

A Satisfação foi significativamente correlacionada com o Stress na Vida $r = 0,39$, $p < 0,05$ e com o Stress nos Cuidados ao Bebê $r = 0,39$, $p < 0,05$, o que indica que à medida que o stress na vida e nos cuidados ao bebê aumentam, a satisfação nos cuidados parentais também. Ademais, a Satisfação associou-se positivamente com a Ansiedade Materna $r = 0,49$, $p < 0,01$, com o Evitamento Materno $r = 0,35$, $p < 0,05$ e com o Evitamento Paterno $r = 0,38$, $p < 0,05$, sugerindo que as mães com uma vinculação de caráter mais ansioso e evitante à figura materna e de caráter mais evitante à paterna, têm níveis mais elevados de satisfação parental.

Foi encontrada uma associação significativamente positiva entre o Evitamento Paterno e o História Prévia de Depressão $r = 0,52$, $p < 0,01$, sugerindo que mulheres com um padrão de vinculação paterno evitante têm maior probabilidade de ter uma História Prévia de Depressão. A História Prévia de Depressão também se correlacionou

significativamente com o Temperamento do Bebê $r = 0.36$, $p < 0.05$ indicando que as participantes com um histórico de depressão tendem a perceber o comportamento do bebê como mais difícil/desafiante.

O Evitamento Paterno e o Evitamento Materno $r = 0.49$, $p < 0.01$ revelaram uma associação significativamente positiva, sugerindo que quanto maior o evitamento associado à vinculação paterna, maior será o evitamento associado à vinculação materna e vice-versa. Similarmente, uma outra correlação significativamente positiva foi observada entre a Ansiedade Paterna e a Ansiedade Materna $r = 0.75$, $p < 0.01$, indicando que quanto mais elevados os níveis de ansiedade associados à figura paterna, maiores os níveis de ansiedade associados à figura materna e vice-versa.

Verificou-se uma associação positiva entre o Evitamento Materno e o Stress nos Cuidados ao Bebê $r = 0.338$, $p < 0.05$, indicando que as participantes com maior evitamento associado à figura materna, tendem a sentir níveis mais elevados de stress nos cuidados ao bebê. Já o Evitamento Paterno também se correlacionou positivamente com o Temperamento do Bebê $r = 0.347$, $p < 0.05$, sugerindo que quanto maior o evitamento associado à figura paterna, maior será a percepção das mulheres de um temperamento desafiante do bebê.

Relativamente às correlações negativas significativas, os resultados demonstraram uma correlação significativamente negativa entre a DPP e a Eficácia $r = -0.40$, $p < 0.05$, indicando que quanto menores são os sintomas de DPP, maior é a percepção de eficácia nos cuidados parentais. A DPP foi também negativamente associada ao Apoio Social dos Amigos $r = -0.54$, $p < 0.001$ e ao Apoio Social do Parceiro $r = -0.41$, $p < 0.05$, sugerindo que quanto maior a percepção de apoio de amigos e parceiro, menores serão os sintomas depressivos sentidos. A Autoestima mais elevada está fortemente associada a níveis mais baixos de DPP $r = -0.70$, $p < 0.001$, sugerindo que as mulheres com maior autoestima têm menos probabilidade de experienciar sintomas DPP. Adicionalmente, a Autoestima foi negativamente associada com o Temperamento do Bebê $r = -0.54$, $p < 0.001$, indicando que mulheres com níveis mais elevados de autoestima tendem a perceber o temperamento do bebê como menos difícil/desafiante.

Observou-se uma correlação significativamente negativa entre o Evitamento Materno e o Apoio Social da Família $r = -0.343$, $p < 0.05$, sugeriu que as mulheres com maior evitamento associado à figura materna tendem a perceber um menor apoio por parte da família.

A História Prévia de Depressão demonstrou uma correlação significativamente negativa com o Apoio Social Família $r = -0.382, p < 0.05$ e o Apoio Social dos Amigos $r = -0.56, p < 0.001$, sugerindo que as mulheres com um histórico de depressão tendem a perceber menor apoio por parte da família e amigos. Além disso a História Prévia de Depressão e a Gravidez Não Planeada tiveram uma correlação negativa $r = -0.34, p < 0.05$, indicando que as participantes com menor histórico de depressão, reportaram mais gravidezes não desejadas.

Verificou-se que o Temperamento do Bebê foi negativamente associado ao Apoio Social Amigos $r = -0.57, p < 0.001$ sugerindo que quanto mais difícil o temperamento do bebê, menor é a percepção de suporte de amigos. O Temperamento do Bebê também foi negativamente correlacionado à Satisfação Conjugal $r = -0.35, p < 0.05$, demonstrando que quanto mais desafiante é o temperamento do bebê, menor tende a ser a satisfação no relacionamento conjugal. Relativamente à Satisfação Conjugal foi negativamente correlacionada com a Ansiedade Pré-Natal $r = -0.35, p < 0.05$, sugerindo que as mulheres mais satisfeitas na sua relação conjugal tendem a demonstrar menores níveis de ansiedade pré-natal. O Apoio Social do Parceiro foi também negativamente associado ao Stress nos Cuidados ao Bebê $r = -0.345, p < 0.05$, indicando que quanto maior o apoio percebido do parceiro, menores os níveis de stress associados aos cuidados ao bebê.

Por último, verificou-se uma associação significativa e negativa da Satisfação com a Autoestima $r = -0.64, p < 0.001$ e com a Eficácia $r = -0.46, p < 0.01$, sugerindo que um nível mais elevado de satisfação nos cuidados parentais está associado a uma diminuição dos níveis de autoestima e de percepção de eficácia. Ainda, a Satisfação apresentou uma correlação negativa com o Apoio Social dos Amigos $r = 0.38, p < 0.05$, sugerindo que quanto maior a satisfação menor é o apoio de amigos percebido.

Análise comparativa de variáveis entre grupos: Baixa DPP e Elevada DPP

A análise das diferenças significativas entre as médias dos dois grupos de DPP (baixa DPP – valores até à mediana de 19 e elevada DPP – valores acima da mediana de 19) demonstram padrões diferenciados nas diversas variáveis, como pode ser verificado nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Comparação de Médias em Função do Grupo

	Grupo	Média	DP
Preditores-DPP			
Autoestima	1	3.00	0.00
	2	2.41	0.87
Depressão pré-natal	1	0.06	0.24
	2	0.06	0.24
Ansiedade pré-natal	1	0.22	0.43
	2	0.53	0.51
Gravidez não planeada/desejada	1	1.50	0.62
	2	1.71	0.47
História Prévia de Depressão	1	0.22	0.43
	2	0.76	0.44
Apoio Social do Parceiro	1	3.78	0.43
	2	3.18	1.07
Apoio Social da Família	1	3.78	0.73
	2	3.53	1.13
Apoio Social dos Amigos	1	3.72	0.46
	2	2.65	0.86
Satisfação Conjugal	1	1.83	0.38
	2	2.24	0.56
Stress na Vida	1	0.78	0.88
	2	1.29	1.45
Stress nos Cuidados ao Bebê	1	0.50	0.71
	2	0.82	0.64
Temperamento do Bebê	1	0.22	0.43
	2	0.53	0.94
Blues pós-parto	1	0.50	0.51
	2	0.71	0.47
Depressão Pós-Parto	1	16.56	1.89
	2	23.18	3.25
Evitamento_M	1	2.25	1.30
	2	3.04	1.51
Ansiedade_M	1	1.78	1.43
	2	3.08	1.97
Evitamento_P	1	3.07	1.46
	2	3.70	1.79
Ansiedade_P	1	2.04	1.83
	2	2.86	2.16
Satisfação	1	2.35	0.71
	2	3.18	0.70
Eficácia	1	4.90	0.47
	2	4.31	0.71
Idade	1	31.56	3.63
	2	30.82	4.98

Grupo 1: Valores até à Mediana (Baixa DPP, N=18);

Grupo 2: Valores acima da Mediana (Elevada DPP, N=19)

Tabela 5 – Diferenças de Médias em Função do Grupo

Variáveis	Teste-t	gl	p
Preditores-DPP			
Auto-estima	2.79	16	** 0.007
Depressão pré-natal	-0.04	33	0.484
Ansiedade pré-natal	-1.92	31.2	* 0.032
Gravidez não planeada/desejada	-1.10	33	0.139
História Prévia de Depressão	-3.71	33	*** <.001
Apoio Social do Parceiro	2.15	20.7	* 0.022
Apoio Social da Família	0.78	33	0.221
Apoio Social dos Amigos	4.56	24.2	*** <.001
Satisfação Conjugal	2.55	33	.801
Stress na Vida	-1.27	26.1	0.108
Stress nos Cuidados ao Bebê	-1.42	33	+ 0.082
Temperamento do Bebê t	-1.23	22.0	0.116
Blues pós-parto	-1.23	33	0.113
Depressão Pós-Parto	-7.33	25.4	*** <.001
Evitamento_M	-1.66	33	+ 0.053
Ansiedade_M	-2.22	29.1	* 0.017
Evitamento_P	-1.13	33	0.133
Ansiedade_P	-1.22	33	0.116
Satisfação	-3.58	33	** <.01
Eficácia	2.93	33	** 0.003
Idade	0.50	33	0.309

+ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

N=35

Na comparação de médias para a DPP, verificou-se que o grupo de elevada DPP revelou uma média de 23.18, enquanto o grupo de baixa DPP demonstrou uma média de 16.56 $t(25.4) = -7.33$, $p = 0.001$, indicando que as mulheres no grupo de elevada DPP, demonstraram significativamente mais sintomas depressivos comparativamente com o grupo de baixa DPP. As participantes do grupo elevada DPP demonstraram ter significativamente menor Autoestima, como demonstrado pelo valor médio mais baixo (2.41) comparativamente com a média do grupo baixa DPP de 3.00 $t(16) = 2.79$, $p = 0.007$, sugerindo que uma baixa autoestima está associada a níveis mais elevados de DPP. A Ansiedade Pré-natal também apresenta uma diferença significativa entre os dois grupos de DPP (alta e baixa), com o grupo do elevada DPP a demonstrar uma média mais elevada (0.53) do que o grupo de baixa DPP (0.22) $t(31.2) = -1.92$, $p = 0.032$, indicando que

maiores níveis de ansiedade durante a gravidez estão associados a sintomas de DPP mais severos.

Foi também observada uma diferença significativa na História Prévia de Depressão, em que os indivíduos no grupo de elevada DPP ($M = 0.76$) reportaram uma maior incidência comparativamente com o grupo de baixa DPP ($M = 0.22$) $t(33) = -3.71$, $p < 0.001$, sugerindo uma forte associação entre a história prévia de depressão e níveis elevados de DPP. No que concerne ao suporte social, o Apoio Social do Parceiro é significativamente maior no grupo baixa DPP ($M = 3.78$) do que no grupo de elevada DPP ($M = 3.18$) $t(20.7) = 2.15$, $p = 0.022$, indicando que as participantes com níveis mais baixos de DPP sentem maior suporte dos seus parceiros. De modo semelhante, o Apoio Social dos Amigos é notavelmente maior no grupo de baixa DPP ($M = 3.72$) comparativamente com o grupo de elevada DPP ($M = 2.65$) $t(24.2) = 4.56$, $p < 0.001$, o que sugere que um maior suporte de amigos está associado a uma diminuição dos sintomas de DPP.

A Ansiedade Materna é outro fator diferenciador, já que mães no grupo de elevada DPP demonstraram uma média mais elevada (3.08) relativamente ao grupo de baixa DPP (1.78) $t(29.1) = -2.22$, $p = 0.017$, evidenciando uma relação entre a ansiedade materna e a DPP. Os níveis de Satisfação Parental também revelaram diferenças significativas, com o grupo de elevada DPP a reportar maior satisfação ($M = 3.18$) do que o grupo de baixa DPP ($M = 2.35$) $t(33) = -3.58$, $p < 0.001$, sugerindo que mães com sintomas mais altos de DPP tendem a sentir uma maior satisfação relativamente aos cuidados parentais. Por fim, os *scores* de Eficácia foram mais elevados no grupo de baixa DPP ($M = 4.90$) comparativamente com o grupo de elevada DPP ($M = 4.31$) $t(33) = 2.93$, $p = 0.003$, indicando que as participantes que se sentem mais competentes no seu papel como cuidadoras tendem a experienciar menos sintomas de DPP.

Em suma, estes dados revelam que a baixa autoestima, a ansiedade pré-natal, a ansiedade materna, a história prévia de depressão e um baixo apoio social percebido de amigos e parceiro estão associados a uma maior severidade de sintomas de DPP, enquanto uma maior satisfação parental e eficácia estão associados a níveis mais baixos de DPP.

DISCUSSÃO

Neste capítulo, irei a apresentar uma interpretação detalhada dos resultados principais do presente estudo, indicando as suas implicações à luz da literatura e salientado as suas contribuições para o campo da psicologia clínica. A depressão pós-parto e a eficácia percebida nos cuidados parentais são questões fundamentais, vastamente reconhecidas como merecedoras de investigação, dado o seu impacto na saúde mental da mãe e, conseqüentemente, no bem-estar da criança. Deste modo, estudos nesta área contribuem para uma melhor compreensão de como determinados fatores podem influenciar o modo como a experiência da maternidade é vivida e sentida. Dada a pertinência, o principal objetivo foi compreender a relação entre a DPP e a percepção de eficácia nos cuidados parentais em mães primíparas com bebés até aos seis/sete meses de idade.

Procurou-se também compreender a existência ou não de relação entre as representações mentais de vinculação das mães com as suas figuras vinculativas e a presença de DPP. Adicionalmente, compreender que fatores podem estar associados ao desenvolvimento de sintomas de DPP. Deste modo, entre os resultados deste estudo, destaca-se a correlação negativa entre a DPP e a percepção de eficácia nos cuidados parentais que vai ao encontro da Hipótese 1. Este resultado e os restantes serão discutidos em profundidade mais à frente, no sentido de compreender como se alinham ou divergem da literatura existente.

Como referido, a Hipótese 1 proposta para este estudo foi corroborada, indicando que as mães com níveis mais elevados de DPP, percecionam-se como menos eficazes nos seus cuidados parentais. Congruentemente, quando comparados os grupos de baixa e alta DPP, observou-se que as mulheres com alta DPP, experienciaram menor eficácia percebida nos cuidados parentais comparativamente com o grupo de baixa DPP. Bandura (1994) refere que as pessoas mais ansiosas ou com tendência à depressão percebem-se como menos competentes quando comparadas com pessoas não depressivas e que as pessoas não depressivas tendem a ter uma crença de que exercem mais controlo sobre as situações.

Assim, a DPP não só influencia o bem-estar emocional das mães, como afeta negativamente a sua confiança nas capacidades como cuidadoras, potencialmente criando um ciclo em que a diminuição da eficácia perpetua ou intensiva os sintomas de DPP. Esta perspetiva vai ao encontro de uma revisão sistemática em que os autores concluíram que

a DPP pode reduzir significativamente a eficácia percebida na amamentação e afetar a capacidade da mãe em cuidar do seu bebê, mas também que uma menor eficácia percebida na amamentação, poderia potencializar o desenvolvimento de sintomas de DPP (Ahmadinezhad, Karimi, Abdollahi e NaviPour, 2024). Portanto, destaca-se o caráter bidirecional da relação entre a DPP e a eficácia, em que não só a DPP prejudica a eficácia ou a competência percebida nos cuidados (amamentação), como também uma baixa percepção de eficácia pode afetar o sentimento de competência materno, estabelecendo condições para o desenvolvimento desta perturbação.

A percepção de eficácia nos cuidados parentais e a capacidade de novas mães lidarem com os cuidados ao bebê, podem ser promovidos através do suporte social, principalmente se fizerem parte da rede apoio figuras significativas, tais como, parceiro, família ou amigos (Warren, 2004). As descobertas deste estudo vão ao encontro desta noção, já que o suporte social do parceiro se correlacionou negativamente com o stress nos cuidados ao bebê. Deste modo, o maior apoio percebido do parceiro está associado a uma redução dos níveis de stress sentido nestes cuidados, em aspetos como a alimentação, o sono ou em problemas de saúde, o que vai ao encontro da literatura (Warren, 2004).

Sobretudo, na presente investigação, verificou-se que o suporte do parceiro foi significativamente maior no grupo de baixa DPP e que as mães que percebem um maior apoio do parceiro experienciam menos sintomas associados à DPP (Beck, 2011; Dennis e Ross, 2006; Hajipoor et al., 2021; Henshaw et al., 2023). Estes resultados, que apontam para a diminuição dos sintomas de DPP, bem como do stress nos cuidados ao bebê aquando da percepção de um parceiro mais presente, são corroborados por um estudo conduzido por Pilkington, Whelan e Milne (2015). Estes autores verificaram que as mães com um maior apoio do parceiro, reportaram níveis mais baixos de stress, ansiedade e uma diminuição dos sintomas de depressão. De forma coerente, observou-se no presente estudo que a satisfação conjugal está positivamente relacionada com a percepção de suporte social do parceiro, mas que está negativamente relacionada com a ansiedade pré-natal.

Tais resultados destacam a importância associada à percepção de apoio na relação por parte da mulher, que não só fortalecem a satisfação geral no relacionamento, bem como o bem-estar emocional e psicológico da mãe. Por último, ainda no que concerne ao apoio social, verificou-se que o grupo de baixa DPP teve uma média de suporte dos amigos mais alta e que as mães que experienciaram maior apoio por parte dos amigos, demonstraram níveis mais baixos de DPP, o que vai ao encontro dos estudos de Paddy,

Gyimah e Nkyi (2021). Em geral, estas descobertas confirmam os pressupostos teóricos que falam da importância de a mulher ter uma rede de apoio que a ajude a lidar com todas as mudanças inerentes à maternidade, sejam relativas às suas responsabilidades ou mesmo aos seus relacionamentos, permitindo aliviar o seu desgaste emocional e prover o seu bem-estar (Paddy et al., 2021).

Sobre a autoestima, Nnadozie e Nweke (2017) referem que “as mães com maior autoestima têm mais sentimentos de valor próprio, autoconfiança são mais ativas, otimistas, ambiciosas, têm uma perspectiva de positiva delas próprias e estão mais satisfeitas com a vida”. Nesta investigação, verificou-se que as mães do grupo alta DPP apresentaram, em média, uma autoestima mais baixa comparativamente com as mães do de baixa DPP. Tal resultado, foi reforçado por uma associação negativa significativamente forte entre a autoestima e a DPP, sugerindo as mulheres que com maior autoestima tendem a ter menos sintomas de DPP. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de Beck (2001), Patinõ, Asunción, Lara, Benjet, Río e Solís (2024) e Fontaine e Jones (1997), indicando que a autoestima pode ser considerada como um fator protetor que afeta como os indivíduos reagem à PPD.

Tal facto poderá estar relacionado com o facto de a autoestima promover a utilização de estratégias adaptativas ajudando as mães a manterem-se otimistas e dedicadas mesmo em situações mais desafiantes (Patinõ, Asunción, Lara, Benjet, Río e Solís, 2024). Esta ideia vem também confirmar o que se observou neste estudo, que as mães com mais autoestima tendem a perceber o temperamento dos seus bebés como menos desafiante. Os resultados demonstraram também que as mulheres com mais autoestima, relataram mais apoio percebido do parceiro e dos amigos, sugerindo que o suporte social aumenta a autoconfiança, autoaceitação e valor pessoal das mães, que conseqüentemente poderá contribuir para a sua resiliência e apaziguar as pressões emocionais e práticas associadas à maternidade, como já foi referido anteriormente.

O presente trabalho propôs-se também a estudar a representação interna de vinculação das participantes com as suas figuras de vinculação (mãe e pai), tendo-se construído duas hipóteses. A Hipótese 2 foi corroborada uma vez que se verificou uma correlação positiva entre mães com um estilo de vinculação inseguro de carácter ansioso à figura materna e o desenvolvimento de sintomas de DPP. Adicionalmente, a análise de médias de entre grupos indicou maior ansiedade associada à figura materna no grupo de alta DPP comparativamente com o grupo de baixa DPP. Estes resultados estão em consonância com a literatura existente.

Num estudo desenvolvido por Liu, Wu, Li e Chen (2024), verificou-se que as mulheres com um estilo de vinculação inseguro demonstraram uma incidência significativamente maior de DPP comparativamente com as mulheres caracterizadas com um estilo de vinculação seguro. Similarmente, McMahona, Barnettb, Kowalenkoc e Tennantd (2005), com o objetivo de estudar os fatores psicológicos associados ao desenvolvimento de DPP, observaram a associação entre um estilo de vinculação inseguro e o diagnóstico de depressão. Assim, estes autores sublinham a importância das experiências precoces, das dificuldades interpessoais ou estilos de *coping* mal adaptativos advindos da infância na sustentação de sintomas de depressão nas mulheres no período pós-parto (McMahona et al., 2005).

Ainda, relativamente à Hipótese 2, apesar de se ter verificado uma associação entre a vinculação materna de caráter ansioso e a DPP, não se verificou uma associação significativa entre a vinculação materna de caráter evitante e a DPP. Tal resultado parece ir ao encontro de um estudo conduzido por Hairston, Handelzalts, Assis e Kovo (2018), cujos autores observaram que um estilo de vinculação inseguro ansioso foi mais frequentemente associado a sintomas de DPP do que um estilo de vinculação inseguro evitante. Deste modo, parece fundamental compreender o que poderá fazer de um estilo de vinculação ansioso mais propício para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Neste sentido, Bartholomew e Horowitz (1991) verificaram que indivíduos com um estilo de vinculação ansioso se caracterizam por ter uma autoimagem negativa e uma visão positiva dos outros, muitas vezes idealizando-os na tentativa de suprir as suas próprias inseguranças e encontrar validação. Assim, depositam a confiança que podem depender dos outros e recorrer a eles quando necessário. A sua baixa autoestima e profundo desejo de validação, ativam investimentos no sentido da procura de proximidade com os outros, enquanto tendem a querer exercer controlo nas suas relações, que por sua vez, poderá trazer dificuldades nas interações sociais. De um modo geral, todos estes esquemas internos disfuncionais têm por base a crença central de que não são amados pelas suas figuras significativas.

Consequentemente, os indivíduos com um estilo de vinculação insegura ansiosa, parecem ter uma maior tendência geral em conotar as coisas como negativas, levando a uma menor satisfação nos seus relacionamentos mais próximos, consequentemente, potencializando o desenvolvimento de sintomas depressivos (Altın e Terzi, 2010). Ainda assim, importa referir que se observou que mães com uma maior dimensão de vinculação evitante em relação à figura paterna, reportaram um maior historial de depressão.

O estilo de vinculação está associado ao isolamento emocional, à baixa percepção de apoio social e à autossuficiência, o que pode intensificar os sentimentos de solidão e favorecer o desenvolvimento de sintomas depressivos (Bartholomew e Horowitz, 1991). Embora esta associação seja válida, importa refletir sobre os instrumentos utilizados para medir o histórico de depressão, comparativamente com a DPP. Enquanto a história prévia de depressão corresponde a um item de uma dimensão das treze dimensões do PDPI-R, a DPP foi avaliada com um instrumento mais completo, abrangente e robusto, a EDPS, revelando-se como uma medida mais confiável.

Isto é, apesar de haver indícios de que o evitamento paterno se associa à depressão, parece haver um impacto mais consistente entre a dimensão de vinculação ansiosa e a DPP, pelo motivo mencionado. De modo geral, como refere Durak (2024), nos dois tipos de vinculação insegura, os indivíduos tendem a fazer avaliações negativas acerca de si próprios e dos outros o que coincide com uma autoimagem negativa que se observa na depressão, sugerindo que ter uma perspetiva mais negativa dos outros torna a pessoa mais propensa a depressão.

No que se refere à Hipótese 3, não foi confirmada a relação entre as dimensões de vinculação paterna e a DPP. Contudo, a correlação mais forte deste estudo, foi a associação positiva entre a ansiedade relativa à figura paterna e a ansiedade relativa à figura materna. Estes dados parecem indicar uma influência mútua e recíproca entre a relação estabelecida com a mãe e a relação estabelecida com pai, em que a abordagem parental do pai e mãe se podem fazer ecoar ou condicionar à luz das dinâmicas familiares. Deste modo, o comportamento parental de um pode servir como modelo, influenciando os comportamentos de outro (Dagan et al., 2014). Em conformidade com os resultados deste estudo, Dagan et al., 2014 verificaram uma associação significativa entre a relação mãe-criança e a relação pai-criança, em que a qualidade de vinculação entre mãe-criança e pai-criança (segura ou insegura) dependem uma da outra. Em todo o caso, os dados desta investigação demonstram a complexidade associada às influências das relações precoces na relação tripartida - criança, mãe e pai.

No que concerne à história prévia de depressão, observou-se uma maior prevalência de histórico de depressão no grupo de elevada DPP. Este resultado é coerente com a literatura citada anteriormente, de que a DPP poderá ser uma recaída de um quadro de depressão pré-existente e que é desencadeado a partir de todas as mudanças físicas, emocionais e psicológicas associadas à maternidade (Sharma e Sharma, 2012). Verificou-se ainda que mulheres com níveis mais baixos de DPP reportaram mais apoio de amigos

e da família, voltando a destacar-se o suporte social por como variável protetora contra o desenvolvimento de sintomas depressivos e, conseqüentemente, de DPP.

Por último, diversas correlações inesperadas foram observadas com a variável satisfação. Entre os resultados relativos a esta variável, as correlações mais fortes revelaram que mães com maiores níveis de satisfação percebida, tinham níveis mais elevados de DPP, ansiedade relativa à figura materna e níveis mais baixos de autoestima. Tais dados, parecem remeter para um fenómeno de desajustabilidade social, uma tendência para os indivíduos se apresentarem de uma forma que é vista como favorável para os outros (APA, 2024). Como foi abordado no capítulo “nascimento de uma mãe”, culturalmente, são impostas à mulher um conjunto de expectativas e um ideal de atitudes acerca da maternidade (Castillo e Usaola, 2020).

Desta forma, as participantes deste estudo podem ter reportado maior satisfação com o intuito de se alinharem com estas normas sociais desejáveis, funcionando como mecanismo de defesa para os seus sentimentos de inadequação. Por mecanismo de defesa, pressupõe-se a formação reativa, em que a mãe deprimida, de forma inconsciente, reprime os seus sentimentos de tristeza e substitui-os pelo oposto. Assim, é na expressão de uma satisfação extrema, que parece existir uma tentativa de mascarar para si própria e, para os outros, a tristeza, contra a culpa associada à depressão. Especialmente na maternidade, onde há uma expectativa social de que as mães devem se sentir felizes e realizadas.

Limitações

Uma limitação encontrada neste estudo foi não se ter sido solicitado às participantes que apenas preenchessem este questionário pelo menos dez dias após o parto. Esta questão está relacionada com a importância do diagnóstico diferencial entre *baby blues* e depressão pós-parto. Segundo a APA (2024), os *baby blues* são caracterizados por “sintomas depressivos transitórios que várias mulheres experienciam dez dias após o parto”. Neste estudo, esta variável não foi controlada, podendo ter-se dado o caso de mães que responderam ao questionário nesse período dos dez dias, que de facto experienciaram sintomas depressivos, mas que não significavam exatamente a presença de DPP, podendo ter sido sintomas passageiros. Embora a amostra seja pequena e a probabilidade desta questão se suceder ser baixa, parece revelar-se como uma lacuna nesta investigação.

Sugestões para Estudos Futuros

Nesta investigação, observou-se uma relação entre a ansiedade materna e a DPP, o que sugere que a representação mental que a mulher tem desta figura de vinculação se relaciona com o desenvolvimento de DPP. Este resultado deve ser aprofundado em investigação futura, de modo a que se possa compreender se de facto as representações internas que as mulheres têm relativamente às suas figuras significativas de vinculação poderão ser preditores da DPP. Acresce a pertinência deste exame mais cuidado, principalmente no que concerne à prevenção. Tal conhecimento sobre estes potenciais indicadores ou riscos, poderá contribuir de forma positiva para futuras intervenções com mulheres grávidas, respondendo de forma mais eficaz às suas necessidades e oferecendo-lhes mais apoio.

CONCLUSÃO

A presente investigação propôs-se estudar a relação entre a DPP e a eficácia percebida nos cuidados parentais, tendo-se verificado que mães com níveis mais elevados de sintomatologia associada à DPP percecionam-se com níveis mais baixos de eficácia nos cuidados parentais. Observou-se também que mulheres com níveis mais elevados de DPP, têm uma maior ansiedade associada à vinculação com a figura materna – e lembramos que “a depressão do adulto é, quase sempre, uma reativação de uma depressão infantil”, que ouvimos proferir por António Coimbra de Matos.

Outras correlações significativas puderam ser encontradas nesta investigação provando que a DPP é influenciada por múltiplos fatores. Destacam-se as relações com a autoestima, a ansiedade pré-natal, o suporte social do parceiro e dos amigos, a história prévia de depressão, a satisfação, a eficácia e a ansiedade materna. Simultaneamente, confirmou-se o impacto que as relações precoces da infância têm na vida adulta; mães com dimensões de vinculação mais seguras parecem ter autoconceitos mais positivos, ajudando-as a lidar melhor com os desafios do pós-parto. As representações mentais de vinculação são ativadas pelo stress, próprio dos eventos de vida significativos, tal como a maternidade.

Parece fundamental compreender que, ainda que a circunscreva, a DPP é uma forma de experimentar a maternidade no seu complexo e multifacetado percurso. Deste modo, a depressão atua como um filtro que afeta negativamente a perspetiva da mulher enquanto mãe. Validar o sofrimento associado a esta perceção nebulada é de enorme importância, o que implica dar continuidade e aprofundamento ao seu estudo, promovendo recursos que permitam trabalhar na prevenção e monitorização destes fenómenos.

REFERÊNCIAS

- Ahmadinezhad, G. S., Karimi, F. Z., Abdollahi, M., & NaviPour, E. (2024). Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, Article 273. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06465-4>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). Introduction. In M. D. D. Ainsworth, M. C. Blehar, E. Waters & S. N. Wall (Eds.), *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation* (pp 1-28). Psychology Press Classic Editions.
- Altın, M., & Terzi, Ş. (2010). How does attachment styles relate to intimate relationship to aggravate the depressive symptoms? *Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1008–1015. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.1
- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preliminary psychometric testing of the postpartum depression predictors inventory-revised (PDPI-R) in portuguese women. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4), 571–578. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2426-5>
- Alzahrani, A. D. (2019). Risk factors for postnatal depression among primipara mothers. *The Spanish Journal of Psychology*, 22(35). doi: 10.1017/sjp.2019.33.
- Ambrosini, A., Donzelli, G., & Stanghellini, G. (2012). Early perinatal diagnosis of mothers at risk of developing post-partum depression – a concise guide for obstetricians, midwives, neonatologists and pediatricians. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(7), 1096-1101. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.640369>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *American Psychiatric Publishing*.
- American Psychological Association. (2024). APA dictionary of psychology. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/>
- Apóstolo, J. M. A. (1999). As perturbações afectivas do pós-parto. [*Revista não especificada*], (2), 13-20.
- Babetin, K. (2020). The birth of a mother: a psychological transformation. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 34(5), 410-428.

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, *50*(5), 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: a metasynthesis. *Qualitative Health Research*, *12*(4), 453–472. doi:10.1177/104973202129120016
- Beck, C. T. (2003). Postpartum depression predictors inventory-revised. *Advances in Neonatal Care*, *3* (1), 47–48.
- Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *35* (6), 735–745.
- Berry, K., Danquah, A. N., & Wallin, D. (2013). Attachment theory and practice. In A. N. Danquah & K. Berry (Eds.), *Attachment theory in adult mental health: a guide to clinical practice* (pp. 3–32). London: Routledge.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). Guilford Press.
- Berlin, L. J., Whiteside Mansell, L., Roggman, L. A., Green, B. L., Robinson, J., & Spieker, S. (2011). Testing maternal depression and attachment style as moderators of Early Head Start's effects on parenting. *Attachment & Human Development*, *13*(1), 49–67. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.488122>
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Castillo, R. P., & Usaola, C. P. (2020). Maternidad e identidad materna: Deconstrucción terapéutica de narrativas - maternity and maternal identity: therapeutic deconstruction of narratives. *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatría, 40(138), 33-54. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020003>

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cronin, C. (2003). First-time mothers: identifying their needs, perceptions, and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 260-267. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00684.x>
- Dagan, O., Schuengel, C., Verhage, M. L., Madigan, S., Roisman, G. I., Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Duschinsky, R., Sagi-Schwartz, A., Bureau, J.-F., Eiden, R. D., Volling, B. L., Wong, M. S., Schoppe-Sullivan, S., Aviezer, O., Brown, G. L., Reiker, J., Mangelsdorf, S., Fearon, R. M. P., ... & Oosterman, M. (2024). Attachment relationship quality with mothers and fathers and child temperament: An individual participant data meta-analysis. *Developmental Psychology*, 60(11), 2144–2156. <https://doi.org/10.1037/dev0001677>
- Dennis, C.-L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588–599. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x>
- Durak, H. (2024). Adult attachment styles: Emotion regulation and depressive symptoms: A comparison between postpartum and non-postpartum women in Türkiye. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 11(3), 228–246. <https://doi.org/10.29333/ejecs/2146>
- Dimcea, D. A.-M., Petca, R.-C., Dumitrascu, M. C., Sandru, F., Mehedintu, C., & Petca, A. (2024). Postpartum depression: etiology, treatment, and consequences for maternal care. *Diagnostics*, 14(865), 1-17. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14090865>
- Dubey, A., Chatterjee, K., Chauhan, V. S., Sharma, R., Dangi, A., & Adhvaryu, A. (2021). Risk factors of postpartum depression. *Cureus*, 14(1), e21657. <https://doi.org/10.7759/cureus.21657>
- Eitenmüller, P., Köhler, S., Hirsch, O., & Christiansen, H. (2022). The impact of prepartum depression and birth experience on postpartum mother-infant bonding: a

longitudinal path analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 815822.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.815822>

- Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. J., Fernandes, C., & Cardoso, J. (2011). Escala de Sentimento de Competência Parental: Análise confirmatória do modelo de medida numa amostra de pais portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 147-155.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Fleming, M. (2005). Entre o medo e o desejo de crescer. In M. Fleming (Eds.), *Um modelo em dupla hélice do desenvolvimento psicológico: vinculação/separação ao longo do ciclo de vida* (pp. 17-33). Porto: Edições Afrontamento.
- Fontaine, K. R., & Jones, L. C. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 59-63. <https://doi.org/10.1037/jclp.1997.53.1.59>
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships–relationship structures questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625. doi: 10.1037/a0022898
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. doi:10.1037/0022-3514.78.2.350
- Gabriel, A. S., Ladge, J. J., Little, L. M., MacGowan, R. L., & Stillwell, E. E. (2023). Sensemaking through the storm: how postpartum depression shapes personal work-family narratives. *Journal of Applied Psychology*, 108(2), 1903-1923. doi: 10.1037/apl0001046
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment – theory, research, and clinical applications* (pp. 833-856). New York: Guilford Press.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time

mothers? *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003>

Guintivano, J., Aberg, K. A., Clark, S. L., Rubinow, D. R., Sullivan, P. F., Meltzer-Brody, S., & van den Oord Edwin, J. C. G. (2022). Transcriptome-wide association study for postpartum depression implicates altered B-cell activation and insulin resistance. *Molecular Psychiatry*, 27(6), 2858–2867. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01525-7>

Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 175-184. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2>

Hairston, I. E., Handelzalts, J., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: The mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 198–208. <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>

Hajipoor, S., Pakseresht, S., Niknami, M., Atrkar Roshan, Z., & Nikandish, S. (2021). The relationship between social support and postpartum depression. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 31(2), 93–103. <https://doi.org/10.32598/jhnm.31.2.1099>

Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Ayers, S., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding-a longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of Affective Disorders*, 280, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.068>

Henshaw, E. J., Cooper, M., Wood, T., Doan, S. N., Krishna, S., & Lockhart, M. (2023). Psychosocial predictors of early postpartum depressive and anxious symptoms in primiparous women and their partners. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(209), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05506-8>

- Jones, J. D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2015). Parents' self-reported attachment styles: A review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Personality and Social Psychology Review*, *19*(1), 44–76. <https://doi.org/10.1177/1088868314541858>
- Klein, M. (1932). *The Psycho-Analysis of Children*. London: Hogarth Press.
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *International Journal of Theory and Research*, *15*(2), 126–145. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Lightfoot, C., Cole, M. & Cole, S. (2009). The development of children. In C. Lightfoot, M. Cole & S. Cole (Eds.), *The first three months* (pp. 123-159). Nova Iorque: Worth Publishers.
- Liu, R., Wu, Y., Li, H., & Chen, Z. (2024). Attachment style modifies the effect of spousal support on postpartum depression in women. *Alpha Psychiatry*, *25*(3), 388–394. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231495>
- Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *35*(5), 652-658. <https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.2006.00087.x>
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: Past and current relationships, defence styles, and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, *84*(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.05.005>
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing adult attachment across different contexts: validation of the portuguese version of the experiences in close relationships–relationship structures questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *97*(1), 22-30.
- Monteiro, L. M. S., Veríssimo, M., Silva, F., Branco, I., & Santos, A. J. (2015). Os Modelos internos dinâmicos analisados com recurso às narrativas de representação da vinculação em adultos. *Temas em Psicologia*, *23*, 443-452.
- Nnadozie, J. C., & Nweke, G. E. (2017). Self-esteem, social support, and postpartum depression. *The Journal of International Social Research*, *10*(51). <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1789>

- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I. P., Moe, V., Wang, C. E. A., & Høifødt, R. S. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychology*, 8(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2>
- Paddy, A., Asamoah-Gyimah, K., & Nkyi, A. (2021). Psychosocial determinants of postpartum depression and maternal well-being among postnatal women. *Open Journal of Psychiatry*, 11(138-159). <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2021.112012>
- Patiño, P., Lara, M. A., Benjet, C., Alvarez-del Río, A., & Bartolo Solís, F. (2024). Postpartum depression in adolescent mothers before and during COVID-19 and the role of self-esteem, maternal self-efficacy, and social support. *Salud Mental*, 47(1). <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.004>
- Pilkington, P. D., Whelan, T. A., & Milne, L. C. (2015). Maternal crying and postpartum distress: The moderating role of partner support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1067884>
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291-306. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00367-6)
- Selcuk, E., Günaydin, G., Sumer, N., Harma, M., Salman, S., Hazan, C., Dogruyol, B., & Ozturk, A. (2010). Self-reported romantic attachment style predicts everyday maternal caregiving behavior at home. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 544–549. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.05.007>
- Stern, D. N., & Bruschiweiler-Stern, N. (1997). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad cambia a una mujer*. Barcelona: Paidós.
- Sharma, V., & Sharma, P. (2012). Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), 436-442.
- Vagos, P., Mateus, V., Silva, J., Araújo, V., Xavier, A., & Palmeira, L. (2024). Mother–infant bonding in the first nine months postpartum: the role of mother’s attachment style and psychological flexibility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-15.
- Vaughn, B. E., Waters, H. S., Coppola, G., Cassidy, J., Bost, K. K., & Veríssimo, M. (2006). Script-like attachment representations and behavior in families and across

cultures: studies of parental secure base narratives. *Attachment & human development*, 8(3), 179-184.

Vigod, S., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540-550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>

Warren, P. L. (2004). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>

Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. *International Psychoanalytical Library*, 24, 300-306.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.

Wu, H., Yuan, N., Li, S., Zhang, H., & Zhao, F. (2024). Does parental compensation matter when we grow up? The relationship between childhood emotional neglect, attachment, and depressive symptoms among Chinese young adults. *Current Psychology*, 43(35), 28438–28449. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06442-2>

Yu, Y., Liang, H.-F., Chen, J., Li, Z.-B., Han, Y.-S., Chen, J.-X., & Li, J.-C. (2021). Postpartum depression: current status and possible identification using biomarkers. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620371>

Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089-1137. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>