

**DA INFÂNCIA À MATERNIDADE: A INFLUÊNCIA DO
TRAUMA NA INFÂNCIA NA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA
MATERNA E NA SAÚDE MENTAL DURANTE O PUERPÉRIO**

CATARINA MATOS MÓSCA

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARTA MIGUEL

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARTA MIGUEL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Marta Miguel, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

A presente Dissertação de Mestrado reflete a conclusão de mais uma etapa e torna impossível não olhar para trás e reconhecer todas as pessoas que foram fundamentais ao longo deste percurso e a quem só me resta agradecer. Cada palavra de incentivo ou gesto de apoio fizeram toda a diferença.

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Marta Miguel, cujo todo apoio, disponibilidade, conhecimentos e palavras de incentivo constituíram uma valiosa ajuda ao longo de todo o processo.

Aos meus pais, que tornaram este caminho possível, agradeço pelo amor incondicional, apoio constante e por todas as demonstrações de orgulho. Ao meu irmão, por demonstrar sempre confiança de que iria conseguir alcançar todos os meus objetivos e, conseqüentemente, por me ajudar a acreditar também. Aos meus avós e tio agradeço por todo o carinho.

Ao meu namorado, por toda a força e conforto nos momentos em que as dúvidas e receios falavam mais alto. Obrigada por seres um porto seguro, por cresceres comigo e por celebrares todas as conquistas ao meu lado.

Às minhas amigas de infância, Inês, Madalena e Catarina, obrigada por me acompanharem com tanto carinho e por estarem sempre presentes mesmo quando o tempo era pouco ou a distância era muita.

Às amigas que fiz ao longo deste percurso, Filipa, Raquel, Beatriz e Carolina, que tornaram estes 5 anos tão especiais e com quem criei memórias que vou levar para o resto da vida com muito amor. Obrigada por me fazerem sentir mais segura, a vossa amizade tornou este percurso mais leve.

A todas as mães que contribuíram com as suas histórias e tornaram este estudo possível.

Por fim, não podia falar sobre maternidade sem deixar de dedicar esta dissertação à minha mãe. Em cada palavra que escrevi sobre o que é ser mãe encontrei a tua coragem, sacrifício e dedicação. Obrigada por me mostrares o amor mais puro.

A todos que me ajudam a ser a pessoa que sou, muito obrigada!

Resumo

Os julgamentos percebidos sobre as habilidades parentais têm a capacidade de influenciar o desempenho nas tarefas parentais, as respostas de cuidado e a qualidade das interações entre pais e filhos. A percepção de autoeficácia materna encontra-se fortemente associada às experiências na infância da própria mãe e influencia não só o bem-estar psicológico da mesma como ainda o desenvolvimento da criança. Adicionalmente, o período pós-parto é uma fase vulnerável na qual as consequências do trauma podem ser transmitidas intergeracionalmente. O presente estudo pretende contribuir para a compreensão da relação entre as experiências traumáticas durante a infância, a percepção de autoeficácia materna e a saúde mental durante o puerpério. Recorreu-se a uma amostra de 106 mães portuguesas com até 12 meses pós-parto. Os dados foram recolhidos em inquérito por questionário em formulário *online* composto por um questionário de caracterização sociodemográfica e pelos seguintes instrumentos de medida: Questionários de Trauma na Infância (CTQ-SF), Escala de Autoeficácia Materna Percebida (PMPS-E) e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS). Os resultados evidenciaram uma correlação negativa entre o trauma e a percepção de autoeficácia materna, bem como entre a autoeficácia materna e a sintomatologia psicológica, e uma correlação positiva entre o trauma e a sintomatologia psicológica. Os resultados sugerem, ainda, que a autoeficácia materna pode ser influenciada pela estrutura familiar, no entanto o mesmo não se verificou consoante a paridade, rendimento ou escolaridade. A presente amostra evidenciou também que complicações durante a gestação ou parto refletem níveis mais elevados de sintomatologia psicológica, nomeadamente ansiedade, depressão e stress, enquanto o tipo de parto não apresentou resultados estatisticamente significativos face a esta variável.

Palavras-chave: trauma na infância, autoeficácia materna, saúde mental, pós-parto

Abstract

Perceived judgments about parenting skills have the ability to influence performance on parenting tasks, caregiving responsiveness, and the quality of parent-child interactions. Maternal self-efficacy is strongly associated with the mother's own childhood experiences and influences not only the mother's psychological well-being but also the child's development. Furthermore, the postpartum period is a vulnerable phase, marked by emotional and physical challenges in which the consequences of childhood trauma can be transmitted intergenerationally. Therefore the present study aims to contribute to understanding the relationship between traumatic experiences during childhood, maternal self-efficacy perceptions and mental health during the postpartum period. A sample of 106 Portuguese mothers up to 12 months postpartum was used. Data were collected through an online questionnaire consisting of a sociodemographic questionnaire and the following measurement instruments: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF), Perceived Maternal Parenting Self-efficacy Scale (PMPS-E) and the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21). The results revealed a negative correlation between trauma and the perception of maternal self-efficacy and psychological symptoms, and a positive correlation between trauma and psychological symptoms. The results also suggest that maternal self-efficacy may be influenced by family structure, but this was not the case for parity, income or education. This sample also showed that complications during pregnancy or childbirth reflect higher levels of psychological symptoms, namely anxiety, depression and stress, while the type of delivery did not show statistically significant results regarding this variable.

Keywords: childhood trauma, maternal self-efficacy, mental health, postpartum

Índice

Introdução.....	9
Revisão de Literatura.....	11
O Trauma na Infância	11
O Período Pós-Parto e a Transição para a Maternidade	14
Autoeficácia Materna.....	15
A Saúde Mental	19
O Presente Estudo.....	23
Método.....	25
Delineamento	25
Participantes.....	25
Instrumentos	26
Questionário Sociodemográfico.....	26
Questionário de Traumas na Infância (CTQ-SF).....	27
Questionário de Percepção da Autoeficácia Materna (PMPS-E)	28
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	29
Procedimento.....	30
Análise de Dados.....	31
Resultados.....	33
Análise Fatorial Confirmatória da PMPS-E	33
Análise Descritiva e de Confiabilidade das Variáveis.....	36
Análise de Correlação.....	37
Análise de Regressão	39
Análises Comparativas	40

Autoeficácia Materna e Sintomatologia Psicológica em Grupos Com e Sem Trauma na Infância	40
Autoeficácia Materna e Paridade	41
Autoeficácia Materna Consoante o Rendimento e Escolaridade.....	42
Autoeficácia Materna e Estrutura Familiar	43
Autoeficácia Materna Consoante Fatores da Gravidez e Parto	44
Discussão	46
Referências Bibliográficas.....	52
Anexos	64
Anexo A. Autorização para Utilização dos Instrumentos	64
Anexo B. Formulário de Investigação	65
Anexo C. Análise Gráfica da Distribuição das Variáveis.....	71

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	26
Tabela 2. Estatística Descritiva da PMPS-E.....	33
Tabela 3. Teste KMO e Bartlett.....	34
Tabela 4. Índices de Qualidade do Ajustamento dos Modelos.....	34
Tabela 5. Estatística Descritiva das Variáveis	36
Tabela 6. Resultados do Teste de Normalidade para a CTQ, PMPS-E e EADS-21	38
Tabela 7. Correlações entre o Trauma na Infância, a Autoeficácia Materna e a Saúde Mental.....	38
Tabela 8. Resumo do Modelo.....	39
Tabela 9. ANOVA.....	39
Tabela 10. Coeficientes	39
Tabela 11. Resumo do Modelo.....	40

Tabela 12. ANOVA.....	40
Tabela 13. Coeficientes	40
Tabela 14. Comparação entre grupos com e sem trauma face aos níveis de autoeficácia materna	41
Tabela 15. Comparação entre grupos com e sem trauma face à saúde mental.....	41
Tabela 16. Comparação entre primíparas e múltiparas face aos níveis de autoeficácia materna	42
Tabela 17. Comparação dos níveis de autoeficácia consoante a escolaridade	42
Tabela 18. Comparação dos níveis de autoeficácia consoante o rendimento.....	43
Tabela 19. Comparação dos níveis de autoeficácia consoante o agregado familiar.....	43
Tabela 20. Comparação entre famílias nucleares e famílias reconstituídas	44
Tabela 21. Complicações na gravidez e/ou parto	44
Tabela 22. Tipo de parto.....	45

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de quatro fatores	35
Figura 2. Modelo de três fatores	35

Introdução

A exposição a situações traumáticas na infância está associada a diversas consequências que podem persistir até à adultícia (Edwards et al., 2003). No contexto português, o trauma na infância continua a ser uma questão atual, sendo isto visível através dos dados do relatório anual da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, que evidencia que apenas em 2023 foram comunicadas 58 281 situações de perigo sendo que, entre outras categorias, 30,3% representa os casos de negligência, 4,9% abuso físico, 3,3% abuso emocional/psicológico e 2,2% abuso sexual.

A perceção de autoeficácia materna, isto é, a crença da mãe face à sua capacidade de desempenhar o papel parental de forma eficaz (Jones & Prinz, 2005) encontra-se fortemente associada às experiências na infância da mãe (Alvarez-Segura et al., 2014). Mães que vivenciaram traumas na infância podem enfrentar desafios adicionais ao lidar com as demandas emocionais do pós-parto, considerando que para indivíduos com histórias de trauma, este período pode ser profundamente stressante sendo até mesmo capaz de evocar memórias da situação traumática (Miller et al., 2024; Seng et al., 2010). Isto demonstra-se especialmente relevante nesta população considerando ainda que as consequências do trauma na infância são mais propícias a serem transmitidas intergeracionalmente durante este período (Chau et al., 2023).

A perceção de autoeficácia materna tem vindo a demonstrar-se um forte preditor do comportamento de cuidado da mãe, todavia, as razões pelas quais algumas mães não se sentem eficazes no papel parental ainda não se encontram compreendidas (Brazeau et al., 2017). Ademais, embora seja visível o aumento de literatura sobre a saúde mental materna, ainda são poucos os estudos que têm explorado a relação entre o trauma infantil e a autoeficácia materna, um fator fundamental não só na adaptação à maternidade mas essencial para o bem-estar da mãe e para o desenvolvimento da criança. Esta lacuna é especialmente notória em estudos na população portuguesa tornando-se fundamental perceber as relações entre estes conceitos neste contexto.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo contribuir para um maior conhecimento sobre como as experiências passadas, especificamente as situações de trauma mencionadas anteriormente, influenciam o comportamento e a saúde mental das

mães e, possivelmente, direcionar futuras intervenções que considerem o trauma e a autoeficácia, promovendo um suporte mais eficaz durante o puerpério. É ainda de notar que, estudos realizados durante o período pós-parto tendem a concentrar-se exclusivamente na depressão pós-parto, sendo importante considerar outros possíveis *outcomes* na saúde mental – tal como a ansiedade e o stress ponderadas no presente estudo – com o intuito de conseguir oferecer uma melhor compreensão sobre as complexidades das consequências do trauma na infância e sobre a saúde mental materna durante este período (Brazeau et al., 2017).

Revisão de Literatura

O Trauma na Infância

O trauma refere-se à exposição a um ou mais eventos que envolvam a morte, a ameaça de morte ou danos à integridade física, sendo que a última pode incluir lesões, doenças graves ou ainda violência sexual (APA, 2014). Outros autores acrescentam que o trauma remete para um acontecimento angustiante que resulta num nível excessivo de stress e que ultrapassa a capacidade do indivíduo e dos seus mecanismos de *coping*. Nestas situações os indivíduos demonstram, frequentemente, dificuldades em processar de forma eficaz as emoções associadas ao evento traumático (Forbes et al., 2020).

O trauma na infância pode surgir de diversas experiências adversas durante o período de desenvolvimento da criança, incluindo o abuso físico, emocional ou sexual, a negligência física ou emocional, situações de *bullying*, testemunho de violência doméstica ou a coabitação com indivíduos portadores de doenças mentais graves ou que abusam de substâncias (Monnat, 2015; Burke, 2024). O presente estudo vai focar-se nos maus-tratos infantis considerando que estes são a forma mais comum de trauma na infância (Fitton et al., 2020).

Autores como Miller e colaboradores (2013), afirmam que este conceito abrange diferentes tipos de exposição a maus-tratos como a negligência e o abuso físico, emocional e sexual. A negligência refere-se à falha na resposta do cuidador face às necessidades básicas da criança, sejam estas físicas como alimentação e higiene, ou emocionais como amor e segurança (Talmon et al., 2019). Já o abuso físico remete para qualquer ato intencional que tem a capacidade de causar danos físicos a uma criança (Chau et al., 2023). Por sua vez, o abuso emocional ou psicológico inclui agressões verbais ou não verbais que têm como intuito desestabilizar o bem-estar e autoestima da criança, referindo-se então a qualquer comentário ou comportamento ameaçador, humilhante ou aterrorizante por parte de um adulto face à mesma (Glaser, 2002). Por fim, o abuso sexual é tipicamente definido como atividade sexual indesejada e inapropriada entre o adulto e a criança, sendo que esta não tem de envolver sempre o contacto físico (Chau et al., 2023).

As experiências adversas mencionadas anteriormente tendem a ser repetitivas, prolongadas no tempo e habitualmente vivenciadas na relação com os pais ou figuras

cuidadoras (Dias et al., 2015). Estas situações podem referir-se também como trauma complexo, ou seja, eventos traumáticos múltiplos, interpessoais, experienciadas nas relações com as figuras cuidadoras durante as fases vulneráveis do desenvolvimento (Kliethermes et al., 2014).

Janoff-Bulman (1992) desenvolveu uma teoria – *Shattered Assumptions Theory* – com o intuito de explicar como os indivíduos lidam com eventos traumáticos, particularmente em situações de trauma complexo. A teoria postula que quando indivíduos experienciam situações traumáticas e, especialmente quando estas são de carácter crónico, as suas suposições pré-existentes sobre o mundo e sobre a relação do *self* com o mesmo são comprometidas. A autora propôs três suposições fundamentais – a crença de que o mundo é fundamentalmente bom e a sua população é bondosa e justa (“o mundo é benevolente”), a ideia de que a vida apresenta uma ordem e os eventos que acontecem seguem um padrão ao qual é possível atribuir sentido (“o mundo tem sentido”) e, por fim, a crença que o próprio sujeito é bom, competente e merecedor de felicidade e sucesso (“O *self* é merecedor/digo”). Esta perspetiva defende que estas suposições são desenvolvidas principalmente na infância e são construídas e revistas durante esta fase. Neste seguimento, um acontecimento traumático na infância tem a capacidade de desafiar estas crenças básicas sobre a autoestima e valor pessoal e, conseqüentemente, exigir mudanças nas mesmas de forma a acomodar a nova realidade imposta pelo trauma (Janoff-Bulman, 1992).

A literatura sobre o trauma tem demonstrado que a exposição a situações adversas na infância está associada a diversas conseqüências negativas no bem-estar das vítimas que prejudicam, muitas vezes, o funcionamento das mesmas e que persistem, frequentemente, até à adultícia (Edwards et al., 2003; Davidson et al., 2009). Neste seguimento, existe evidência de que o abuso físico está associado ao comportamento agressivo e à inibição social (Kaplan et al., 1999). O abuso sexual tem sido relacionado de forma consistente ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão, comportamentos sexuais mal adaptativos e perturbações do sono (Briere & Runtz, 1990). Por sua vez, a negligência relaciona-se novamente com sintomas ansiosos e depressivos, mas ainda à somatização e hostilidade, demonstrando-se, para além disso, um preditor significativo para problemas psicológicos em geral (Gauthier et al., 1996). O abuso emocional é considerado um fator preditor para problemas psicológicos e *outcomes* de saúde desfavoráveis e apresenta conseqüências como o autoconceito negativo,

sensibilidade interpessoal e sintomas ansiosos e depressivos (Briere & Runtz, 1990; Spertus et al., 2003; Irving & Ferraro, 2006).

No entanto, autores como Riggs & Kaminski (2011) sugerem que as consequências negativas de outras formas de maus-tratos, como por exemplo, o abuso físico ou sexual, podem relacionar-se com a sua sobreposição com o abuso emocional. Ainda, identificar as consequências de cada tipo de maus-tratos de forma independente pode ser um desafio considerando que o mais comum é a criança ser exposta a mais do que uma forma de maus-tratos simultaneamente (Dias et al., 2015).

Ainda assim, apesar desta distinção nem sempre ser possível, sabe-se que a exposição a estes eventos traumáticos impõem não só um maior risco para o desenvolvimento de psicopatologias na idade adulta, incluindo depressão, ansiedade e perturbações da personalidade (Dye, 2018), mas ainda uma influência significativa nas competências cognitivas, sociais e emocionais, incluindo isto, impedimentos na vinculação e no controlo comportamental, problemas interpessoais, dificuldades no estabelecimento de limites, entre outros (Enoch, 2011). A revisão de literatura de Burke e colaboradores (2024), concluiu ainda que o trauma na infância apresenta impactos profundos e duradouros nas vítimas que para além das consequências a nível da saúde mental já mencionadas, levam, muitas vezes, a sequelas negativas como o abuso de substâncias e até mesmo maior risco para doenças físicas (e.g., hipertensão). Ainda, autores como Kliethermes e colaboradores (2014), expressam que o trauma complexo resulta em dificuldades significativas na regulação emocional, comportamental, somática e cognitiva.

Ademais, há autores que afirmam que as consequências do trauma podem ser especialmente sentidas durante a gravidez e o período pós-parto (Chau et al., 2023). Neste seguimento, mulheres grávidas com histórias de abuso ou negligência durante a infância têm um maior risco de sofrerem um aborto espontâneo (Abajobir et al., 2017), de entrar em trabalho de parto prematuro (Selk et al., 2016), e de exibirem sintomas depressivos durante o puerpério (Giallo et al., 2017), sendo que estas relações tornam-se mais fortes consoante o tipo de abuso.

O Período Pós-Parto e a Transição para a Maternidade

No contexto da transição para a maternidade, ao longo da gravidez e durante o período pós-parto, as mulheres enfrentam diversas mudanças físicas significativas. O período pós-parto ou puerpério refere-se à janela temporal que se inicia posteriormente ao parto e perdura até às mudanças que se deram no corpo da mulher voltarem à condição em que se encontravam anteriormente à gravidez. Assim, este período refere-se, geralmente, à recuperação física da mãe e tende a durar entre seis a oito semanas, todavia, este progresso pode persistir durante mais tempo para algumas mulheres, particularmente nos casos em que existiram complicações durante a gravidez, parto ou ambos (Leahy-Warren & McCarthy, 2011).

A maneira como estas mudanças físicas são vividas podem ser uma reflexão dos sentimentos relativamente à maternidade (Bailey, 2001). Algumas mulheres encaram as capacidades e funcionalidades do corpo durante esta fase como algo poderoso (Bailey, 2001) enquanto algumas relatam uma sensação de perda de controlo (Hodgkinson et al., 2014; Neiterman & Fox, 2017). A revisão de literatura de Christie et al., (2017) sobre a relação entre o trauma na infância e a transição para a maternidade evidenciou que vítimas de abuso e negligência percecionam estas mudanças físicas como especialmente desafiadoras. Talmon e Ginzburg (2017) referem que crianças que vivenciam as experiências adversas mencionadas podem ter a perceção emocional e física do *self* comprometida e, por este motivo, estas mudanças físicas que se dão na transição para a maternidade podem ser sentidas por estas mães como uma disrupção dos limites corporais e, potencialmente, evocar sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade (Davidson, 2001).

No entanto, autores como Mercer (2004, 2006) sugerem que a duração do período pós-parto não tem como referência apenas a recuperação física da mãe, mas é ainda determinado por variáveis maternas, infantis e ambientais. A parentalidade simboliza, geralmente, o papel mais gratificante e desafiante da vida adulta, atendendo não só às exigências emocionais e físicas que dele advém (Ferreira et al., 2014), mas ainda às novas preocupações que dele originam, incluindo receios relativamente ao cuidado do bebé e às mudanças significativas familiares e sociais (Huizink et al., 2017). Assim, por esta transição ser um período caracterizado por mudanças rápidas e simultâneas (McNamara et al., 2019), uma grande parte das mulheres sente dificuldade em gerir os desafios inerentes à parentalidade, especialmente no início da mesma (Kunseler et al., 2014).

Desta forma, uma característica materna que influencia este processo é a confiança materna (Leahy-Warren, 2006), sendo que este conceito tem sido descrito em termos de autoeficácia, ou seja, a crença de um indivíduo na sua habilidade em realizar determinada tarefa ou comportamento adequadamente (Bandura, 1997). Desta forma é possível descrever a percepção de autoeficácia materna como sendo o julgamento percebido pela mãe sobre a sua capacidade de desempenhar com sucesso o papel parental (Jones & Prinz, 2005).

Autoeficácia Materna

A experiência da parentalidade é vivenciada de diferentes formas e, conseqüentemente, a percepção sobre a competência e desempenho nesta tarefa também difere entre cada progenitor (Meunier & Roskam, 2009). Evidências empíricas têm salientado diversos fatores que podem influenciar o sentimento de competência parental, sendo que, a título de exemplo, é possível destacar as características da criança, considerando que crianças com temperamentos difíceis impactam de forma negativa esta percepção (Ponomartchouk et al., 2015; Porter & Hsu, 2003). Adicionalmente, autores como Dol e colaboradores (2021) apontam a influência da paridade na percepção de autoeficácia, referindo que mães primíparas evidenciam níveis mais baixos comparativamente a mães múltiparas. Ademais, a literatura salienta que fatores como a monoparentalidade, reconstituição familiar, dificuldades econômicas, baixos níveis de autoestima e sintomatologia depressiva também afetam a percepção dos pais face ao seu desempenho (López et al., 2009; Rodriguez et al., 2006; Papernow, 2013; Ganong & Coleman, 2017). Os níveis de escolaridade impõem resultados contraditórios, sendo que, autores como Meunier e Roskam (2009) indicam que pais com maiores níveis de escolaridade parecem sentir-se mais eficazes no que diz respeito às responsabilidades da parentalidade, enquanto o estudo de Ferreira (2014) aponta para uma relação menos linear entre a escolaridade e o senso de autoeficácia.

Apesar destes julgamentos percebidos sobre as competências parentais poderem ser apenas uma representação subjetiva dos pais e poderem, por este motivo, nem sempre corresponder à realidade ou à realidade experienciada pela criança e/ou outras pessoas como o cônjuge, estas crenças têm a capacidade de influenciar o desempenho nas tarefas parentais, a sensibilidade às necessidades do bebê e a qualidade das interações entre pais e filhos (Teti et al., 1996), influenciando não só o bem-estar psicológico dos pais como

ainda o desenvolvimento da criança. Por este motivo, o desenvolvimento de um forte senso de autoeficácia é considerado um passo essencial no crescimento materno (Bandura, 1997).

Primeiramente descrita por Bandura (1994) como sendo um dos elementos cruciais da Teoria Cognitiva Social e, posteriormente, estabelecida como uma teoria própria – Teoria da Autoeficácia –, o autor caracterizou o conceito de autoeficácia como sendo a crença de um indivíduo face a sua própria capacidade em organizar e executar uma ação necessária para alcançar um objetivo desejado ou de forma a realizar determinada tarefa. O autor reconhece que para os pais conseguirem adotar comportamentos parentais eficazes é necessário que estes acreditem que as suas ações são capazes de obter os resultados que procuram, e devem ainda demonstrar confiança nas suas habilidades em desempenhar comportamentos específicos da parentalidade.

Segundo a teoria, este construto é influenciado por quatro processos básicos – experiências baseadas na observação do comportamento dos outros, feedback positivo e negativo, reações fisiológicas e afetivas e sucesso repetido ou domínio de uma tarefa. As experiências baseadas na observação do meio contribuem para um modelo de orientação para o desenvolvimento do senso de competência. A observação da *performance* de outros possibilita que o indivíduo considere as suas próprias competências de forma a antecipar os seus resultados. Isto é visível especialmente nos casos em que o indivíduo se identifica com as condições do seu modelo de referência. Assim, observar o sucesso de outro sujeito pode incentivar o indivíduo a pensar que, na mesma situação, este também conseguiria desempenhar a tarefa de forma eficaz. No entanto, na circunstância em que este observasse o fraco rendimento de outro, o contrário também se poderia verificar.

A receção de *feedback* sobre a competência pessoal por parte de outros pode demonstrar-se uma forte fonte confiança face ao desenvolvimento de uma tarefa. Indivíduos que são persuadidos à acreditar que vão ser bem-sucedidos desenvolvem um sentido de autoeficácia mais forte e, conseqüentemente, tendem a disponibilizar mais esforço para a concretização dessa mesma tarefa. Porém, o *feedback* negativo pode produzir exatamente o efeito oposto, contribuindo para o declínio do senso de competência.

Ainda, os estados afetivos e fisiológicos também demonstram a capacidade de impactar a crença do indivíduo face à sua própria competência, visto que, manifestações

de sintomas depressivos e de stress, são interpretados como indicadores de vulnerabilidade emocional. Já reações fisiológicas como a fadiga e o cansaço são recebidos como sinais de fragilidade física (Leite et al, 2002). Por fim, a percepção de sucesso face a uma determinada tarefa proporciona a sensação de eficácia e transmite ao indivíduo a ideia de que o empenho e os recursos utilizados para exceder obstáculos que possam ter existido foram recompensados. Todavia, a percepção de fracasso perturba a percepção de competência, especialmente em casos em que o senso de autoeficácia não está fortemente desenvolvido (Bandura, 1994).

Tendo isto em mente, Bandura (1994) teorizou que a autoeficácia influencia em que situações e atividades o sujeito escolhe participar, o esforço que está disposto a oferecer e as estratégias usadas para lidar com problemas e oportunidades que surgem. Neste seguimento, a autoeficácia parental tem sido associada não só com o desenvolvimento cognitivo da criança, mas ainda com o afeto desta relativamente à sua mãe (Coleman & Karaker, 2000, 2003). Mães com um senso de eficácia comprometido podem ter uma habilidade limitada em responder às necessidades dos seus filhos (Cutrona & Troutman, 1986), sendo menos provável que tentem realizar tarefas desafiantes – como reconfortar um bebé a chorar – ou uma maior probabilidade de abandonarem essa mesma tarefa (Leerkes & Crockenberg, 2002). Se no caso de tentarem fornecer uma resposta a estas tarefas sentirem que estão a falhar sistematicamente isto vai contribuir para a diminuição do seu senso de eficiência (Bandura, 1989; Coleman & Karraker, 2003), contrariamente às mães que se percecionam como eficazes e encaram estas falhas como aspetos que podem ser ultrapassados (Bandura, 1997).

Ainda de acordo com a perspetiva de Bandura (1994), os pais são geralmente os modelos pelos quais a criança adquire estes comportamentos e cognições. Desta forma, a teoria do autor oferece uma possível explicação para como o trauma na infância afeta a percepção de autoeficácia materna. Níveis elevados de disfunção presentes em famílias abusivas ou negligentes impedem uma aprendizagem saudável relativamente aos papéis parentais e traduzem um modelo parental agressivo que estabelece atitudes e comportamentos que a criança pode, mais tarde, adotar (DiLillo & Damashek, 2003). Ainda, a ausência de um exemplo parental positivo pode resultar em percepções negativas sobre a própria capacidade em desempenhar um papel parental adequado (Bandura, 1994).

Já de acordo com a perspectiva da vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1980), uma história de trauma dentro da relação com a figura cuidadora tem a capacidade de influenciar a representação mental da mãe sobre si. Bowlby (1969, 1988) introduziu o conceito de modelo de trabalho interno, sendo que este diz respeito à estrutura cognitivo-emocional da representação mental de um indivíduo sobre o *self*, os outros e o mundo. Estes modelos representacionais são responsáveis por interpretar, regular e prever comportamentos relacionados com a vinculação, concebendo desta forma as expectativas sobre a disponibilidade e responsividade de sujeitos significativos. A autoeficácia materna e o modelo de trabalho interno relacionam-se no sentido em que as experiências e percepções da mulher ao longo da vida afetam as suas referências internas e, por sua vez, influenciam as suas percepções sobre a parentalidade. Desta forma, os modelos internos são organizadores da forma como a mulher avalia a sua competência como mãe e, consequentemente, a sua sensibilidade perante as necessidades dos seus filhos (George & Solomon, 2011).

Por conseguinte, experienciar situações adversas durante a infância, particularmente situações como o abuso e a negligência na relação com a figura cuidadora, associa-se a fatores no contexto social e familiar que impactam o senso de vinculação e de autoestima e, por este motivo, são prejudiciais para o desenvolvimento da percepção de competência parental. Assim, se uma criança se sente amada e protegida durante a sua infância, é mais provável que, mais tarde, tente proporcionar esses mesmos sentimentos aos seus próprios filhos (Brazeau et al., 2017). Todavia, crianças que vivenciam abuso familiar começam a perceber as relações como inseguras, alterando a sua perspectiva sobre o *self* e a sua confiança nos outros e no mundo (Dye, 2018).

Por este motivo, indivíduos que experienciaram trauma na infância podem desenvolver esquemas disfuncionais que refletem sentimentos de incompetência e impotência. Estes padrões resultam num autoconceito negativo, incluindo crenças negativas sobre a própria autoeficácia (Wright et al., 2009). Estas crenças tendem a perdurar na idade adulta e podem resultar, numa representação desadequada sobre o papel parental (Baiverlin et al., 2020) e em dúvidas sobre as competências e responsabilidades parentais (Bandura, 1994; Azar et al., 2005). O estudo de Brazeau e colaboradores (2017), demonstrou que a angústia que resulta de eventos traumáticos especificamente com as figuras de vinculação, é prejudicial para o sentimento de autoeficácia materna.

Neste seguimento, a autoeficácia materna encontra-se fortemente associada às experiências na infância da própria mãe (Alvarez-Segura et al., 2014). A literatura evidencia que mães que foram expostas a experiências traumáticas durante a infância demonstram níveis mais baixos de autoeficácia materna (Caldwell et al., 2011; Bentley & Zamir, 2021). Ainda, há autores que afirmam que indivíduos que crescem sem o cuidado e proteção adequados durante a infância têm uma maior dificuldade em adotar o papel parental (Bert et al., 2009) e uma maior dificuldade em estabelecer uma relação mãe-bebê segura (Madigan et al., 2019). Mulheres que experienciaram trauma na infância podem interpretar eventos inofensivos como prejudiciais ou assustadores, o que pode afetar o seu funcionamento geral e o seu senso de autoeficácia (Leerkes & Crockenberg, 2002).

O estudo de Putnam (2003) revelou que uma grande parte das mães com história de experiências adversas na infância reporta receios relativamente à segurança dos seus filhos significativamente mais do que mães que não passaram por essas situações. Ainda neste sentido, Alvarez-Segura e colaboradores (2014) referem que mulheres com histórias de abuso demonstram uma maior preocupação com a sua capacidade em proteger os seus filhos, impactando isto novamente a percepção de autoeficácia. O medo pode estar relacionado com sentimentos de desamparo, depressão e baixa autoeficácia que podem resultar num cuidado comprometido (Putnam, 2003).

A Saúde Mental

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), a saúde mental refere-se a um estado de bem-estar no qual um indivíduo é capaz de reconhecer as suas capacidades, tem a habilidade para lidar com os stressores normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade. Neste seguimento, autores como Galderisi e colaboradores (2015) acreditam que, apesar da definição anterior demonstrar progresso por se afastar da conceptualização de saúde mental como sendo a ausência de doenças mentais, esta continua a apresentar as suas lacunas. Os autores acrescentam então que a saúde mental é um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite que os indivíduos usem as suas habilidades em concordância com os valores universais da sociedade, permite que usem estratégias sociais e cognitivas, que tenham a capacidade de reconhecer, expressar e modelar as suas emoções e ainda, que consigam sentir e demonstrar empatia pelos outros, que

demonstrem flexibilidade para lidar com eventos adversos e, por fim, que demonstrem uma relação estável entre corpo e mente.

Autores como Alloy e colaboradores (1990), acreditam que os sujeitos tornam-se mais vulneráveis a sintomas depressivos e ansiosos se se sentirem incertos sobre o seu potencial ou se esperarem desfechos negativos do seu desempenho. Desta forma, as expectativas da mulher relativamente à sua competência como mãe – autoeficácia materna – impactam o seu bem-estar (Kunseker et al., 2014). Assim, baixos níveis de autoeficácia materna têm sido associados a sintomas de ansiedade, depressão e stress, enquanto níveis elevados resultam numa diminuição significativa do stress parental (Bloomfield & Kendall, 2012). Desta forma, a literatura indica que um forte senso de confiança nas capacidades maternas protege a saúde mental da mãe promovendo ainda comportamentos parentais mais adaptativos e, conseqüentemente, melhores resultados desenvolvimentais para a criança (Law et al., 2019).

Neste seguimento, o próprio estado psicológico e afetivo do indivíduo também se relaciona com o seu senso de autoeficácia. Leahy-Warren e McCarthy (2011) afirmam que os sujeitos interpretam os baixos níveis de energia como sendo uma indicação de vulnerabilidade a uma má performance. É neste sentido que os autores acrescentam que um humor positivo contribui para um maior senso de autoeficácia, enquanto um humor negativo contribui para um declínio no mesmo. Isto tona-se relevante no contexto da maternidade, mais especificamente, na fase do pós-parto por ser um período vulnerável para a saúde mental e, conseqüentemente, mais propício a humor negativo. Isto é visível considerando que as perturbações na saúde mental materna, como a depressão e ansiedade, são consideradas uma das complicações obstétricas mais comuns (Yeaton-Massey & Herrero, 2019).

O estudo de Hannon e colaboradores (2022), que avaliaram a saúde mental durante o primeiro ano pós-parto, demonstrou que tanto os sintomas de depressão como os sintomas de stress aumentaram significativamente ao longo deste intervalo. Segundo os autores que mediram os níveis de depressão, ansiedade e stress de 3009 mães, durante o primeiro ano pós-parto, 1 em 10 mães reportaram sintomas moderados/severos de ansiedade, mais do que 1 em 10 reportaram a mesma severidade de sintomas relativamente à depressão, e 1 em 5 mulheres reportaram sintomas moderados/severos de stress. Sintomas depressivos e ansiosos durante o período pós-natal têm sido associados

diversas vezes com resultados desfavoráveis não só para a mãe como para os seus filhos e para a relação entre ambos.

Esta questão torna-se mais complexa nos casos que envolvem histórias de abuso e negligência. Mulheres no puerpério são um grupo particularmente suscetível aos efeitos do trauma, considerando que, para além de enfrentarem os desafios típicos deste período como a adaptação ao novo papel da maternidade, mudanças físicas, privação do sono e alterações nas dinâmicas relacionais, é ainda um momento que tende a aflorar memórias da própria infância (Hitzler et al., 2022). Mezey e colaboradores (2005) afirmam que mulheres com histórias de trauma interpessoal tendem a perceber a fase perinatal – sendo que isto inclui o momento da gravidez até ao período pós-parto – como algo particularmente ameaçador.

Neste seguimento, mães que vivenciaram traumas na infância podem enfrentar desafios adicionais ao lidar com as demandas emocionais do pós-parto, considerando que para mulheres com histórias de trauma, este período pode ser profundamente stressante e a presença de um bebé pode ser capaz de trazer memórias da situação abusiva ou sentimentos depressivos associados à transição para a maternidade e à nova identidade de figura cuidadora inerente a este período (Miller et al., 2024; Seng et al., 2010). Como consequência dos stressores físicos e emocionais, o risco para problemas do foro psicológico torna-se acrescido nesta população (Shorey et al., 2018; (Hahn-Holbrook et al., 2018). Assim, de acordo com a literatura, mulheres que foram expostas a trauma na infância, particularmente trauma de carácter relacional, tendem a experienciar sintomas depressivos durante o puerpério (Mezey et al., 2005; Plaza et al., 2012; Seng et al., 2013). Adicionalmente, Bentley & Zamir (2021), destacam o papel determinante da perceção negativa sobre a parentalidade para a disfunção materna de mães que foram expostas a maus-tratos na infância. Neste sentido, a exposição precoce a situações adversas foi associada diretamente com níveis elevados de stress parental.

Ademais, esta problemática torna-se especialmente relevante considerando que as consequências do trauma na infância são mais facilmente transmitidas entre gerações durante o pós-parto (Chau et al., 2023). Este processo é abordado frequentemente na literatura como ciclo intergeracional de abuso e, apesar de existirem autores que defendem que este ciclo não é propriamente algo direto e pode apresentar uma relação complexa com vários fatores intervenientes (Dixon et al., 2008), mulheres no pós-parto com histórias de trauma infantil são, novamente, um grupo vulnerável. Diversos estudos

têm demonstrado que mães com experiências de abuso e negligência têm um risco acrescido para perpetuar esses mesmos comportamentos nos próprios filhos, demonstrando ainda tendências para exibir comportamentos parentais menos adequados (Karolina Wuebken et al., 2023; Yang et al., 2018; Bartlett et al., 2017; Assink et al., 2018).

Os resultados do estudo de Shin (2022), sugerem que mulheres que foram expostas a situações adversas na infância, particularmente, níveis elevados de exposição a múltiplos tipos de maltrato têm um maior risco para continuar o ciclo de agressão com os filhos. A exposição anterior ao trauma pode contribuir para a desregulação da resposta biológica ao stress da mãe (Seth et al., 2016). Por este motivo, quando encarada com situações parentais stressantes, mães que foram expostas a trauma na infância, apresentam um maior risco para adotar estratégias de *coping* mal adaptativas, como a agressão (Shin et al., 2022).

A revisão de literatura de Greene e colaboradores (2020) sobre o tema, encontrou que progenitores que reportaram histórias de abuso físico ou afirmaram ter testemunhado violência durante a infância apresentam um risco acrescido em reportar que eles próprios se envolvem em práticas parentais abusivas ou negligentes. Ainda, um efeito cumulativo de experiências de maus-tratos, ou seja, adultos que relatam ter sofrido múltiplos tipos ou repetidos casos de vitimização correm maior risco de perpetrar abuso infantil. Adicionalmente, os autores encontraram associações entre o relato de experiências de maus-tratos na infância e a inversão de papéis dos pais, rejeição e afastamento dos filhos. Foi encontrado também um efeito indireto entre os relatos de maus-tratos na infância e práticas parentais abusivas através da violência praticada por parceiros íntimos, e ainda efeitos indiretos entre maus-tratos infantis e níveis mais baixos de comportamentos parentais positivos e afetos através da saúde mental das mães. Assim, os autores concluíram que as experiências de maus-tratos na infância podem alterar a capacidade dos pais de utilizar práticas parentais adequadas (Greene et al., 2020).

A literatura tem vindo a identificar vários fatores de risco e de proteção no que diz respeito à saúde mental materna no puerpério. O estudo de Hannon et al., (2022) especificou não só fatores demográficos como ainda fatores da própria gravidez e parto que podem impor um risco acrescido nestas situações. Os autores evidenciaram que mães mais novas (menos de 30 anos) apresentam um maior risco de exibir sintomas de depressão, ansiedade e stress durante o primeiro ano da maternidade. Ainda, outros

fatores demográficos como não viver com um parceiro, não ter uma educação superior, ou até mesmo o desemprego durante a gravidez são aspetos que foram associados com maiores probabilidades em desenvolver os sintomas anteriormente referidos. Já no que concerne os fatores da gravidez e do parto, foi revelado que experienciar complicações durante a gestação ou parto encontra-se associado a sintomas depressivos no período pós-parto. Ademais, o nascimento prematuro e o parto por cesariana relacionaram-se com sintomas depressivos e de stress.

Já fatores como o apoio social – seja do cônjuge, família ou até de outras mães na mesma situação – têm vindo a demonstrar-se benéficos na promoção de um humor positivo durante esta fase (Leahy-Warren & McCarthy, 2011). Ainda relativamente ao apoio social, a literatura sobre o trauma demonstra que este apresenta um papel amortecedor nestas situações, revelando uma possível abertura para a intervenção de forma a prevenir um cuidado comprometido em famílias com mães com histórias de trauma infantil (Brazeau et al., 2017).

O Presente Estudo

Em suma, considerando os modelos explicativos de Janoff-Bulman (1992), Bandura (1994) e de Bowlby (1969, 1988) mencionados anteriormente, a exposição a uma referência parental desadequada durante a infância, incluindo isto os comportamentos abusivos e negligentes referidos ao longo da presente investigação, podem comprometer o desenvolvimento da perceção do individuo sobre a sua competência face à parentalidade. Ainda, como foi demonstrado, vários estudos têm vindo a comprovar que baixos níveis de autoeficácia materna impactam o bem-estar da mãe, a sensibilidade de resposta desta às necessidades da criança e o desenvolvimento da mesma. Tendo em consideração a importância deste fator, é fundamental continuar a contribuir para o conhecimento sobre o mesmo, relacionando ainda com diversos componentes.

Nesta lógica, ainda que exista evidência empírica sobre algumas destas relações, são poucos os estudos, especialmente em Portugal, que abordem a ligação entre estas três variáveis – Trauma na Infância, Autoeficácia Materna e Saúde Mental – sendo esta lacuna ainda mais notória ao introduzir o período pós-parto. É ainda esta amostra de mães no puerpério que também contribui para a relevância do presente estudo, considerando que

ainda são mais escassos os estudos que consideram as vulnerabilidades acrescidas ao trauma durante este período. Neste seguimento, promover a compreensão sobre a possível relação da influência do trauma na infância no sentimento de competência e saúde mental durante uma das fases mais desafiantes na vida da mulher pode possibilitar uma melhor compreensão sobre como proporcionar um apoio mais adequado a mães com histórias de abuso ou negligência. Isto pode também evitar a continuidade do ciclo de abuso que, como visto anteriormente, é uma possibilidade nestes casos. Neste seguimento o estudo enquadra-se ainda na Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 dando resposta ao objetivo n.º3 “Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos e para todas as idades”.

Desta forma, o presente estudo tem como principal objetivo compreender a relação entre as experiências de trauma na infância e a perceção de autoeficácia materna e saúde mental durante o puerpério. Assim, são colocadas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Mães que experienciaram trauma na infância demonstram níveis mais baixos de autoeficácia materna durante o puerpério.

Hipótese 2: Mães que experienciaram trauma na infância evidenciam níveis mais elevados de sintomatologia psicológica, especificamente, ansiedade, depressão e stress.

Hipótese 3: Mães que apresentam níveis mais baixos de autoeficácia materna apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicológica, especificamente, ansiedade, depressão e stress.

Método

Delineamento

O presente estudo é um estudo quantitativo, dado que se fundamenta na medição das variáveis de interesse – Trauma na Infância, Perceção de Autoeficácia Materna e Saúde Mental – através de um sistema numérico analisado com base em modelos estatísticos. É ainda de natureza transversal, considerando que a recolha de dados ocorreu num único momento, correlacional na medida em que se procurou identificar e analisar as associações entre as variáveis referidas sem o controlo ou manipulação de nenhuma delas e, comparativo, visto que se realizaram comparações entre grupos com características específicas.

As fontes de validade interna, isto é, condições que têm a capacidade de afetar a relação entre as variáveis, incluem as controladas, neste caso, a amostra e os instrumentos aplicados, e as não controláveis que remetem para a recolha de dados *online*.

Participantes

A amostra é constituída por 106 mulheres portuguesas (n=106) a partir dos 18 anos de idade (M= 34,3; DP = 7,04) que se encontravam, até à data, num período de pós-parto até 12 meses. A maior parte das participantes encontrava-se entre a 6.^a semana e o 12.^o mês pós-parto (73,6%), tendo a maioria apenas um filho (52,8%). Ademais, quase a totalidade das participantes (96,2%) referiram ter completado pelo menos 37 semanas de gestação, 79,2% afirmaram não ter experienciado complicações na gravidez ou parto e 73,6% tiveram um parto vaginal.

Quanto à composição do agregado familiar, 63,2% das participantes referiram que este era constituído pela família nuclear (casal e filhos) e 31,1% indicaram ter um rendimento entre os 1001€ e os 1500€. Por fim, relativamente ao grau de escolaridade, denota-se o predomínio do ensino secundário completo (12.^o ano ou equivalente) com 49,1%.

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica da amostra (n=106)*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Grau de escolaridade		
3º ciclo do ensino básico (9º ano completo)	5	4,7
Ensino secundário (12º ano ou equivalente)	52	49,1
Licenciatura	34	32,2
Mestrado	15	14,2
Composição do Agregado Familiar		
Família nuclear (casal e filhos)	67	63,2
Família monoparental feminina (mãe e filhos)	15	14,2
Família alargada (casal, filhos e avós/tios)	14	13,2
Família reconstituída (mãe, parceiro/a e filhos)	10	9,4
Rendimento		
Inferior a 522€	1	0,9
Entre 523€ e 870€	4	3,8
Entre 871€ e 1000€	13	12,3
Entre 1001€ e 1500€	33	31,1
Entre 1501€ e 2000€	29	27,4
>2000€	26	24,5
Tempo Pós-parto		
Até 10 dias pós-parto	4	3,8
Até 6 semanas pós-parto	24	22,6
Entre a 6ª semana e o 12º mês	78	73,6
Completo 37 semanas de gestação?		
Sim	102	96,2
Não	4	3,8
Experienciou complicações na gravidez ou parto?		
Sim	22	20,8
Não	84	79,2
Tipo de parto		
Parto vaginal	78	73,6
Parto cirúrgico (cesariana)	28	26,4
Número de filhos até à data		
1	56	52,8
2	35	33,0
3	11	10,4
4	3	2,8
5	1	0,9

Instrumentos***Questionário Sociodemográfico***

De forma a obter características pessoais das participantes, foi aplicado um questionário sociodemográfico, elaborado especificamente para o efeito, que incluiu questões relativas à idade, grau de escolaridade, constituição do agregado familiar, rendimento, número de filhos e ainda sobre as semanas de gestação completadas, tipo de parto e tempo pós-parto.

Questionário de Traumas na Infância (CTQ-SF)

Desenvolvido por Bernstein e colaboradores (1994), *The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* é um dos instrumentos mais utilizados em adultos para avaliar a exposição a diferentes tipos de maus-tratos até aos 15 anos de idade (Dias et al., 2013). Originalmente com 70 itens e mais tarde reduzido para 28 itens (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003), este instrumento de autoavaliação avalia as histórias de *Negligência Física* (itens 1, 2, 4, 6 e 26) e *Emocional* (itens 5, 7, 13, 19 e 28) e de *Abuso Físico* (itens 9, 11, 12, 15 e 17), *Emocional* (itens 3, 8, 14, 18 e 25) e *Sexual* (itens 20, 21, 23, 24, 27). Os itens são estruturados de forma a descreverem experiências de maltrato (e.g., “Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam”) ou cuidado adequado (e.g., “Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger”) durante a infância e são classificados numa escala de Likert de 5 pontos de acordo com a frequência (1 – nunca, 2 – poucas vezes, 3 – às vezes, 4 – muitas vezes ou 5 – sempre). Os itens são cotados de um a cinco, à exceção dos itens que remetem para uma infância feliz em que as suas cotações são invertidas (2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28). Adicionalmente, é possível obter um indicador geral de exposição a maltrato na infância, que resulta do somatório das subescalas, podendo as pontuações variar entre 25 a 125, refletindo isto a gravidade do trauma infantil. Ainda, este instrumento contém um índice de negação que é avaliado pela presença de respostas extremas aos itens 10, 16 e 22 os quais refletem a existência de uma infância perfeita (e.g., “tive a melhor família do mundo”). Isto retrata questões face à desejabilidade social, negação de experiências negativas ou idealização da família de origem (Lochner et al., 2011).

Assim, a pontuação obtida em cada subescala oscila entre 5 e 25 e a interpretação dos valores obtidos varia entre “nenhum”, “baixo-moderado”, “moderado-severo” e “severo-extremo” consoante cada dimensão. Neste seguimento, as classificações são as seguintes: na subescala *Abuso Emocional* as pontuações oscilam entre 5-8 “nenhum”, 9-12 “baixo-moderado”, 13-15 “moderado-severo” e ≥ 16 “severo-extremo”; já na escala respeitante ao *Abuso Físico* os valores variam entre 5-7 “nenhum”, 8-9 “baixo-moderado”, 10-12 “moderado-severo” e ≥ 13 “severo-extremo”; o *Abuso Sexual* apresenta intervalos entre 5-6 “nenhum”, 7-8 “baixo-moderado”, 9-12 “moderado-severo” e ≥ 13 “severo-extremo”; a subescala *Negligência Emocional* varia entre 5-9 “nenhum”, 10-14 “baixo-moderado”, 15-17 “moderado-severo” e ≥ 18 “severo-extremo”; por fim, a dimensão da *Negligência Física* apresenta valores nos intervalos de 5-7 “nenhum”, 8-9

“baixo-moderado”, 10-12 “moderado-severo” e ≥ 13 “severo-extremo”. Adicionalmente, é possível obter um indicador geral de exposição a maltrato na infância, que resulta do somatório das subescalas, podendo as pontuações variar entre 25 a 125, refletindo isto a gravidade do trauma infantil.

Tanto o questionário original como a sua versão reduzida demonstram uma boa consistência interna, sendo que na primeira os valores de alfa de Cronbach variam entre 0,66 para a *Negligência Física* e 0,92 para o *Abuso Sexual*. Já a versão de 28 itens apresenta valores entre 0,61 para a *Negligência Física* e 0,92 para a subescala de *Abuso Sexual* (Dias et al., 2013). As propriedades psicométricas do instrumento foram ainda estudadas na população portuguesa demonstrando uma consistência interna de 0,84 para a generalidade da escala (Dias et al., 2013).

Questionário de Perceção da Autoeficácia Materna (PMPS-E)

A *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMPS-E) (Barnes & Adamson-Macedo, 2007) é um questionário de autorrelato inicialmente desenvolvido com o intuito de avaliar o senso de autoeficácia parental em mães de bebés prematuros hospitalizados. A revisão de Wittkowski e colaboradores (2017), que analisou as qualidades psicométricas deste instrumento considerou o mesmo como sendo um dos questionários mais indicados para avaliar a autoeficácia parental. A escala foi desenvolvida em concordância com a Teoria da Autoeficácia de Bandura (1994) e, desta forma, avalia atividades e tarefas específicas do domínio da parentalidade. Neste seguimento, a PMPS-E é constituída por 20 itens que se dividem em 4 dimensões – *Procedimentos de Cuidado* (e.g., “Eu sou boa a trocar meu bebé”; itens 16, 17, 18 e 19), *Evocação de Comportamentos* (e.g., “Eu sou boa a acalmar meu bebé quando ele chora continuamente”; itens 5, 8, 9, 10, 11, 12 e 14), *Leitura de Comportamentos* (e.g., “Eu consigo perceber quando meu bebé está doente”; itens 1, 2, 3, 4, 13 e 15) e *Crenças Situacionais* (e.g., “Eu consigo demonstrar afeto pelo meu bebé”; itens 6, 7 e 20). Posto isto, as pontuações obtidas variam entre 20 e 80, no entanto não foram definidos intervalos interpretativos dentro destes valores, apenas que quanto mais elevada for a pontuação maior são os níveis de autoeficácia materna. O instrumento original demonstra uma consistência interna de 0,91 para a generalidade da escala.

A escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Monteiro e colaboradores (2022) que demonstraram que o instrumento é adequado para avaliar a autoeficácia materna em mulheres portuguesas em situação de pós-parto. No entanto, os autores verificaram que uma estrutura de três dimensões – *Procedimentos de Cuidado, Evocação de Comportamentos e Leitura de Comportamentos* – seria mais adequada comparativamente à estrutura original de quatro fatores, demonstrando uma consistência interna de 0,95 para a totalidade da escala. Estes resultados foram justificados não só através das diferenças culturais, mas ainda através das características específicas da amostra, visto que o estudo de Monteiro et al., (2022) recorreu a uma amostra de mães, primíparas e múltiparas, até aos 12 meses pós-parto que completaram as 37 semanas de gestação, enquanto outros estudos psicométricos da escala usaram amostras de primíparas ou de mães de bebés prematuros. Atendendo às diferenças de estrutura entre a versão original – quatro dimensões ou subescalas – e a versão portuguesa da escala – três dimensões ou subescalas –, realizou-se a análise fatorial confirmatória da mesma.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Originalmente constituída por 42 itens, a escala *Anxiety, Depression and Stress* de Lovibond & Lovibond (1995) foi desenvolvida com o objetivo de cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão e fornecer uma distinção entre ambos os conceitos. De forma a conseguir concretizar este objetivo, o seu estudo fatorial resultou num novo fator que se direcionava aos itens menos discriminativos dos construtos mencionados, surgindo deste modo a dimensão “Stress”. A escala de Lovibond & Lovibond (1995) assume que as psicopatologias não são categoriais mas sim dimensionais, isto significa que as diferenças na depressão, ansiedade e stress vivenciadas por sujeitos sem patologias e por indivíduos com perturbações, são essencialmente diferenças de grau e, por este motivo, foi proposto pelos autores uma classificação que se organiza em quatro posições consoante a gravidade ou frequência (1 - “não se aplicou nada a mim”, 2 - “aplicou-se a mim algumas vezes”, 3 - “aplicou-se a mim muitas vezes” e 4 - “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”) (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A versão reduzida da escala dispõe de 21 itens distribuídos igualmente por cada dimensão e o estudo de Pais-Ribeiro et al., (2004) traduziu e validou o instrumento para a população portuguesa. Neste seguimento, os itens da subescala da *Depressão* (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) avaliam conceitos como a disforia, o desânimo, a desvalorização

da vida, a auto-depreciação, a falta de interesse/envolvimento, a anedonia e a inércia (e.g., “Senti que a vida não tinha sentido”). Já os itens referentes à dimensão da *Ansiedade* (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20) são distribuídos de forma a analisar os conceitos de excitação do sistema autónomo, os efeitos dos músculos esqueléticos, a ansiedade situacional e as experiências subjetivas de ansiedade (e.g., “Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula”). Por sua vez, os itens da dimensão do *Stress* (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18) destinam-se a avaliar a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, a facilidade em ficar agitado/chateado, a irritabilidade/reacção exagerada e a impaciência (e.g., “Tive dificuldades em me acalmar”). A pontuação de cada subescala varia entre 0 e 21 valores que se distribuem entre “normal”, “leve”, “moderado”, “severo” e “muito severo” da seguinte forma: *Depressão* 0-4 “normal”, 5-6 “leve”, 7-10 “moderado”, 11-13 “severo” e ≥ 14 “muito severo”; *Ansiedade* 0-3 “normal”, 4-5 “leve”, 6-7 “moderado”, 8-9 “severo” e ≥ 10 “muito severo”; *Stress* 0-7 “normal”, 8-9 “leve”, 10-12 “moderado”, 13-16 “severo” e ≥ 17 “muito severo”.

A adaptação portuguesa demonstra uma boa consistência interna sendo que os valores de Alfa de Cronbach para as subescalas da *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* são de 0,85, 0,74 e 0,81, respetivamente.

Procedimento

Após a devida receção do consentimento dos autores responsáveis pelas validações dos instrumentos de medida para a população portuguesa, para a utilização dos mesmos no presente estudo (Anexo A), procedeu-se à realização do formulário *online* no *Google Forms* (Anexo B).

As participantes foram recrutadas através de grupos *online* dedicados à temática da maternidade e ao apoio do puerpério e ainda pela divulgação do estudo nas redes sociais. Neste seguimento, foi pedido que preenchessem o formulário *online* mencionado anteriormente, constituído por uma primeira secção de Consentimento Informado, com as condições de participação e a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, cuja resposta positiva permitirá a continuidade para a secção seguinte. Na secção seguinte foi apresentado o questionário sociodemográfico e de seguida os instrumentos de medida CTQ-SF, PMPS-E e EADS.

Análise de Dados

Os dados obtidos foram analisados com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 30, através do qual se começou por realizar a caracterização descritiva da amostra através de frequências e percentagens.

De seguida, com o objetivo de verificar a estrutura da PMPS-E através da análise fatorial confirmatória, analisaram-se as propriedades distribucionais de cada item através da assimetria e curtose das suas distribuições de frequência, verificaram-se os requisitos de factorabilidade dos dados com recurso ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett, e a medida de adequação da amostra (MSA) foi observada para cada um dos itens. Procedeu-se então à análise fatorial confirmatória pelo método de análise de equações estruturais através do *software* estatístico AMOS (versão 30).

A qualidade da adequação do modelo foi avaliada com os seguintes índices (Maroco, 2010; Goretzko, Siemund, & Sterner, 2024): χ^2 e *p-value*: quanto menor melhor; χ^2/gl >5 ajustamento mau; 2-5 sofrível; 1-2 bom; 1 muito bom; CFI, TLI e IFI < 0,8 ajustamento mau; 0,8-0,9 sofrível; 0,9-0,95 bom; $\geq 0,95$ muito bom; PCFI e PGFI < 0,6 ajustamento mau; 0,6-0,8 bom; $\geq 0,8$ muito bom; RMSEA > 0,10 ajustamento inaceitável; 0,05-0,10 bom; $\leq 0,05$ muito bom; SRMR: quanto mais próximo de 0 melhor, idealmente abaixo de 0,05, mas aceitável até 0,08.

Posteriormente, para caracterização das variáveis em estudo (i.e., Trauma na Infância, Perceção de Autoeficácia Materna e Saúde Mental), foi realizada a estatística descritiva das três escalas, com recurso a medidas de tendência central e de dispersão.

Adicionalmente, a normalidade das variáveis do presente estudo foram verificadas através do teste de Kolmogorov-Smirnov – sendo este apropriado ao tamanho da amostra utilizada (n=106) – e complementada com a análise gráfica de histogramas, gráficos de dispersão e gráficos Q-Q plots, disponíveis para consulta no Anexo C. Neste seguimento, a análise de associações entre variáveis, mais especificamente, entre o Trauma na Infância (CTQ), Perceção de Autoeficácia Materna (PMPS-E) e a Saúde Mental (EADS-21), foram analisados através do coeficiente de correlação de Spearman.

Ademais, com o intuito de avaliar o valor preditivo do trauma na infância sobre a Autoeficácia Materna e a Saúde Mental no puerpério, realizou-se análises de regressão linear simples.

Por fim, para a realização de análises de comparação entre grupos de forma a identificar possíveis diferenças nas variáveis do estudo consoante as características sociodemográficas – como o grau de escolaridade, rendimento, paridade e variáveis obstétricas – recorreu-se a testes não paramétricos, dado que as variáveis principais não apresentaram distribuição normal. Neste seguimento, utilizou-se o teste de Mann-Whitney U quando a comparação envolveu dois grupos, e o teste de Kruskal-Wallis foi aplicado em momentos em que comparação incluiu um número superior a dois grupos independentes. Adicionalmente, calculou-se o tamanho de efeito de forma a avaliar a magnitude da diferença entre os grupos, recorrendo-se aos critérios de Cohen (1988) para a interpretação dos valores, segundo os quais valores de r de 0,10 evidenciam um efeito pequeno, enquanto 0,30 indicam um efeito médio e 0,50 ou superior apresentam um efeito grande.

Resultados

Análise Fatorial Confirmatória da PMPS-E

Previamente à realização da análise fatorial confirmatória (AFC), verificou-se que os itens com valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e curtose inferiores a 10 não se desviaram o suficiente da distribuição normal para impedir a análise fatorial (Tabela 2; Maroco, 2010).

Tabela 2

Estatística descritiva da PMPS-E

Item	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Moda</i>	<i>DV</i>	<i>Ass</i>	<i>Ku</i>
PMPS-E_1	3,42	3,00	3,00	0,56	-0,33	-0,80
PMPS-E_2	3,26	3,00	3,00	0,65	-0,32	-0,70
PMPS-E_3	3,33	3,00	3,00	0,61	-0,33	-0,63
PMPS-E_4	2,93	3,00	3,00	0,77	-0,39	-0,11
PMPS-E_5	3,59	4,00	4,00	0,59	-1,19	0,42
PMPS-E_6	3,25	3,00	4,00	0,84	-0,80	-0,29
PMPS-E_7	3,39	3,50	4,00	0,67	-0,66	-0,61
PMPS-E_8	3,16	3,00	3,00	0,60	-0,61	2,06
PMPS-E_9	3,13	3,00	3,00	0,64	-0,56	1,11
PMPS-E_10	2,81	3,00	3,00	0,81	-0,06	-0,73
PMPS-E_11	2,77	3,00	3,00	0,85	-0,29	-0,48
PMPS-E_12	2,85	3,00	3,00	0,76	0,11	-0,97
PMPS-E_13	3,04	3,00	3,00	0,66	-0,05	-0,71
PMPS-E_14	3,11	3,00	3,00	0,74	-0,18	-1,17
PMPS-E_15	3,20	3,00	3,00	0,68	-0,65	0,69
PMPS-E_16	2,80	3,00	3,00	0,78	-0,11	-0,52
PMPS-E_17	3,60	4,00	4,00	0,51	-0,64	-1,07
PMPS-E_18	3,73	4,00	4,00	0,44	-1,08	-0,83
PMPS-E_19	3,71	4,00	4,00	0,49	-1,45	1,14
PMPS-E_20	3,70	4,00	4,00	0,53	-1,66	1,91

O índice de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) apresentou um valor de 0,940 e, por sua vez, o teste de esfericidade de Bartlett revelou um $p < 0,001$ (Tabela 3), sendo que, ambos os valores confirmam a adequação da amostra para a realização da análise fatorial e demonstram que as variáveis se encontram correlacionadas positivamente, justificando a realização da mesma (Maroco, 2003). Todos os itens apresentaram valores de MSA superiores a 0,05, indicando que se ajustavam à estrutura definida pelos restantes itens (Maroco, 2003).

Tabela 3

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,940
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	2217,573
	Gf	190
	Sig.	<0,001

Testaram-se duas estruturas distintas da PMPS-E: primeiramente, a estrutura original composta por quatro fatores – *Procedimentos de Cuidado, Evocação de Comportamentos, Leitura de Comportamentos e Crenças Situacionais* – definida pelos autores da escala; seguidamente, o modelo de três fatores – *Procedimentos de Cuidado, Evocação de Comportamentos e Leitura de Comportamentos* – sugerido por Monteiro e colaboradores (2022), autores responsáveis pela validação da escala para a população portuguesa.

Inicialmente, a estrutura de quatro fatores (Figura 1) apresentou os seguintes índices de qualidade do ajustamento: $\chi^2/df = 2,663$; CFI =0,876; TLI =0,856; RMSEA=0,126; SRMR=0,0885. Após a correlação de erros os valores melhoraram ligeiramente: $\chi^2/df = 1,959$; CFI =0,930; TLI =0,917; RMSEA=0,096; SRMR=0,0560. Relativamente ao modelo de três fatores (Figura 2), os valores iniciais já se demonstravam mais adequados: $\chi^2/df = 2,550$; CFI =0,882; TLI =0,866; RMSEA=0,121; SRMR=0,0562 e melhoraram significativamente após a correlação de erros $\chi^2/df = 1,399$; CFI =0,971; TLI =0,966; RMSEA=0,062; SRMR=0,0362. Assim, como evidenciado pelos índices de ajustamento apresentados (Tabela 4), o modelo de quatro fatores, apesar de válido, não se demonstra tão adequado comparativamente à estrutura de três fatores, motivo pelo qual optou-se por adotar esta última no presente estudo.

Tabela 4

Índices de qualidade do ajustamento dos modelos

		χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo de 4 fatores	Original	2,663	0,876	0,856	0,126	0,0885
	Refinado	1,959	0,930	0,917	0,096	0,0560
Modelo de 3 fatores	Original	2,550	0,882	0,866	0,121	0,0562
	Refinado	1,399	0,971	0,966	0,062	0,0362

Figura 1

Modelo de quatro fatores: original e refinado

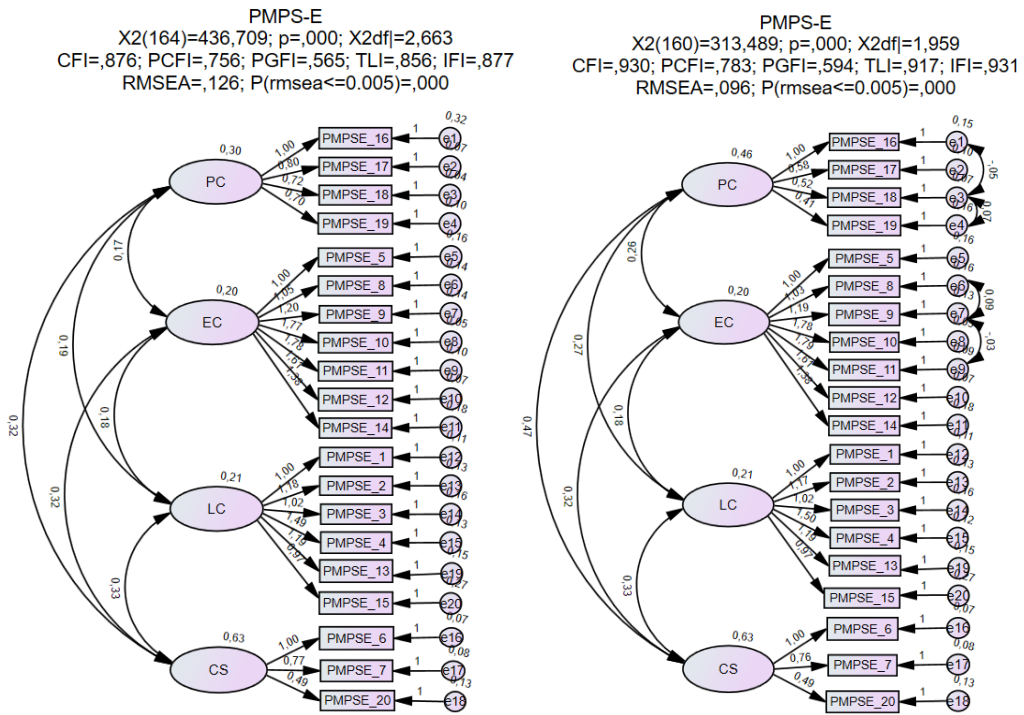
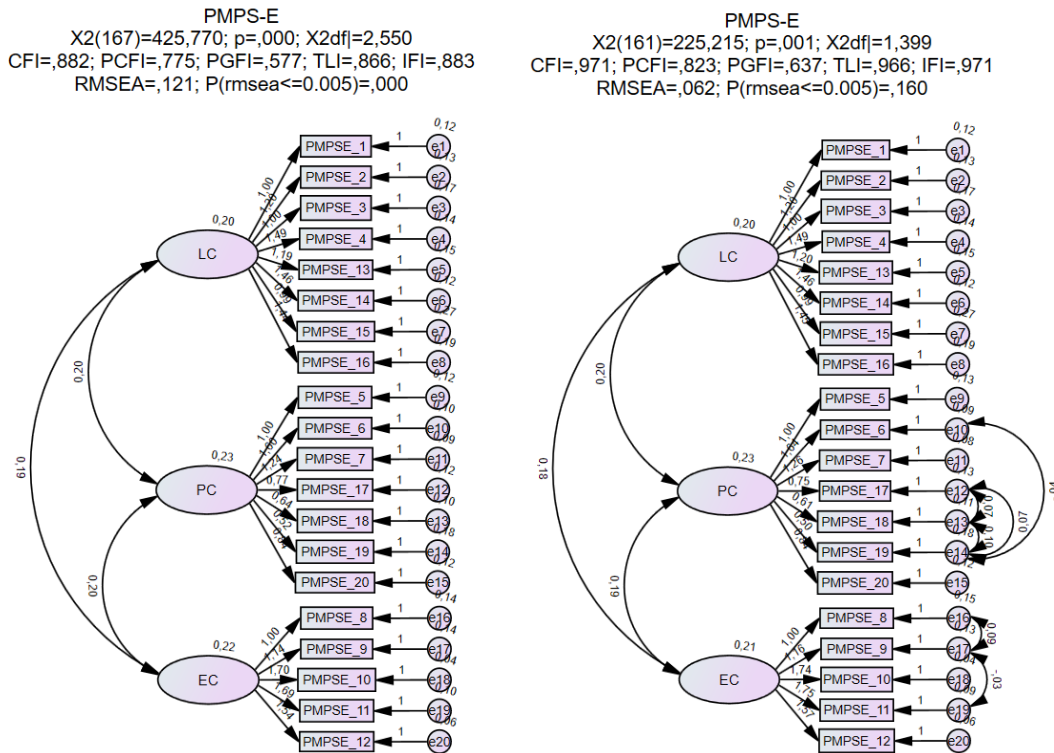


Figura 2

Modelo de três fatores: original e refinado



Análise Descritiva e de Confiabilidade das Variáveis

O Questionário de Traumas na Infância (CTQ) revelou uma média de 40,62 (DP=14,16) com pontuações a oscilar entre 25 e 81 o que reflete tanto a existência de participantes que relataram a ausência de experiências adversas na infância, assim como participantes que evidenciam níveis moderados de trauma, mas um resultado médio que indica um nível geral relativamente baixo de exposição ao trauma entre os participantes. A análise das subescalas revelam que a dimensão mais elevada foi a *Negligência Emocional* (M=11,58; DP=5,16), seguida do *Abuso Emocional* (M=9,72; DP=4,78), da *Negligência Física* (M=7,58; DP=2,93), do *Abuso Físico* (M=6,04; DP=1,95) e, por fim, do *Abuso Sexual* (M=5,71; DP=1,76) (Tabela 5).

Tabela 5

Estatística descritiva das variáveis

	Mín.	Máx.	M	DP
<i>Trauma na Infância</i>				
CTQ_AE	5,00	21,00	9,71	4,77
CTQ_AF	5,00	15,00	6,03	1,95
CTQ_AS	5,00	16,00	5,70	1,76
CTQ_NE	5,00	25,00	11,58	5,16
CTQ_NF	5,00	18,00	7,57	2,93
CTQ_Total	25,00	81,00	40,62	14,15
<i>Autoeficácia Materna</i>				
PMPS-E_LC	14,00	32,00	25,12	4,56
PMPS-E_PC	16,00	28,00	25,00	3,36
PMPS-E_EC	5,00	20,00	14,73	3,38
PMPS-E_Total	36,00	80,00	64,86	10,73
<i>Saúde Mental</i>				
EADS_A	0,00	21,00	3,83	4,23
EADS_D	0,00	19,00	3,88	4,09
EADS_S	0,00	21,00	8,00	5,42
EADS_Total	0,00	58,00	15,73	12,75

Já os dados respeitantes à Percepção de Autoeficácia Materna, operacionalizados pela PMPS-E, apresentam uma média de 64,87 (DP=10,74) com valores entre os 36 e 80. Isto demonstra níveis moderados a elevados de percepção de autoeficácia materna entre os participantes, realçando que nenhuma mãe obteve pontuações que correspondem a níveis extremamente baixos ou altos. Como é possível observar na Tabela 5, a dimensão com uma pontuação mais elevada foi a subescala dos *Procedimentos de Cuidado* (M=25,01; DP=3,37), seguida da dimensão da *Leitura de Comportamentos* (M=25,12; DP=4,56) e, por último, a *Evocação de Comportamentos* (M=14,74; DP=3,38).

Adicionalmente, a EADS-21 demonstrou uma média total de 15,74 (DP=12,75) com pontuações entre 0 e 58. A subescala com maior pontuação foi o *Stress* (M=8,01; DP=5,43), seguida da dimensão da *Depressão* (M=3,89; DP=4,10) e da *Ansiedade* (M=3,84; DP=4,24), indicando estes valores que, apesar de uma média global moderada, uma parte da amostra apresenta níveis significativos de sintomatologia, sobretudo ao nível do stress (Tabela 5).

Com base nos coeficientes de alfa de Cronbach (α) obtidos, todas as escalas utilizadas e respetivas subescalas apresentaram níveis satisfatórios de consistência interna, evidenciando uma fiabilidade adequada para a análise das variáveis do presente estudo. Primeiramente, a CTQ apresenta um coeficiente de 0,844 assegurando uma boa consistência no que diz respeito à totalidade da escala. As subescalas que compõem a CTQ, nomeadamente, a subescala de *Abuso Emocional* ($\alpha = 0,921$), *Abuso Físico* ($\alpha = 0,822$), *Abuso Sexual* ($\alpha = 0,858$), *Negligência Emocional* ($\alpha = 0,938$) e *Negligência Física* ($\alpha = 0,759$) apresentam valores que refletem que os itens referentes a cada dimensão avaliam, de forma adequada e consistente, os diferentes tipos de trauma.

Na PMPS-E verificou-se um alfa de 0,970 que indica, novamente, níveis elevados de consistência interna. O mesmo verifica-se para as respetivas subescalas, *Leitura de Comportamentos* ($\alpha = 0,934$), *Procedimentos de Cuidado* ($\alpha = 0,910$) e *Evocação de Comportamentos* ($\alpha = 0,948$).

Por fim, a EADS revelou uma consistência interna igualmente elevada com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,960, seguida da dimensão *Ansiedade* ($\alpha = 0,898$), *Depressão* ($\alpha = 0,890$) e *Stress* ($\alpha = 0,936$).

Análise de Correlação

Os valores de p inferiores a 0,05 no teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciam que as variáveis do presente estudo apresentam desvios significativos da normalidade, o que sugere uma violação desse pressuposto (Tabela 6).

A análise gráfica, na qual é possível observar que a distribuição das variáveis não apresenta o formato da curva normal, bem como desvios visíveis em relação à linha de referência nos gráficos de dispersão e nos gráficos Q-Q plots, corrobora o que foi evidenciado anteriormente pelo teste formal (Anexo C). Neste seguimento, procedeu-se

á realização das análises de correlações entre as variáveis do presente estudo com recurso ao Coeficiente de Spearman (ρ).

Tabela 6

Resultados do teste de normalidade para a CTQ, PMPS-E e EADS-21

	Sig.
CTQ	<0,001
PMPS-E	0,018
EADS-21	<0,001

Como é possível observar na Tabela 7, a análise de correlação entre o Trauma na Infância e a Perceção de Autoeficácia Materna revelou uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa ($\rho=-0,531$, $p<0,001$). Estes resultados sugerem que participantes com níveis mais elevados de experiências traumáticas na infância tendem a demonstrar níveis mais baixos de perceção de autoeficácia materna durante o puerpério.

Ademais, foi possível aferir uma correlação positiva forte entre as variáveis do Trauma na Infância e a Sintomatologia Psicológica ($\rho =0,680$, $p<0,001$), indicando que níveis mais elevados de trauma relacionam-se com a presença de níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress (Tabela 7).

Verificou-se ainda, entre a Perceção de Autoeficácia Materna e a Saúde Mental, uma correlação negativa moderada ($\rho=-0,424$, $p<0,001$), o que evidencia que as participantes com níveis mais elevados de autoeficácia revelaram níveis mais baixos de sintomatologia ansiosa, depressiva e de stress (Tabela 7).

Tabela 7

Correlações entre CTQ, PMPS-E e EADS-21

		CTQ	PMPS-E	EADS
CTQ	Coeficiente de Correlação	1,000	-0,531**	0,680**
	Sig.	.	<0,001	<0,001
PMPS-E	Coeficiente de Correlação	-0,531**	1,000	-0,424**
	Sig.	<0,001	.	<0,001
EADS-21	Coeficiente de correlação	0,680**	-0,424**	1,000
	Sig.	<0,001	<0,001	.

Análise de Regressão

Quando testada a regressão linear entre o Trauma na Infância e a Percepção de Autoeficácia Materna, o modelo demonstrou-se estatisticamente significativo $F(1, 104) = 43,552$, $P < 0,001$, e indicou 29,5% da variância na percepção de autoeficácia materna ($R^2 = 0,295$) (Tabela 8 e 9). Neste seguimento, o Trauma na Infância demonstrou-se um preditor negativo significativo da Percepção de Autoeficácia Materna ($B = -0,412$, $\beta = -0,543$, $t = -6,599$, $p < 0,001$), o que reflete que um aumento nas experiências traumáticas na infância está associado com uma diminuição nos níveis de percepção de autoeficácia materna durante o puerpério (Tabela 10).

Tabela 8

Resumo do modelo

R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
0,543	0,295	0,288	9,05872

Tabela 9

ANOVA

	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	3573,860	1	3573,860	43,552	<0,001
Resíduo	8534,291	104	82,060		
Total	12108,151	105			

Tabela 10

Coefficientes

	B	Erro Erro	Beta	t	Sig.
(Constante)	81,607	2,685		30,397	<0,001
CTQ_Total	-0,412	0,062	-0,543	-6,599	<0,001

Conduziu-se ainda uma análise de regressão com o intuito de compreender se o Trauma na Infância prediz a Saúde Mental durante o pós-parto. O modelo demonstrou-se, novamente, estatisticamente significativo considerando $F(1, 104) = 101,911$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,495$, refletindo 49,5% da variância nos níveis de depressão, ansiedade e stress (Tabela 11 e 12). Desta forma, as experiências adversas na infância são um preditor

positivo e significativo da saúde mental ($B=0,634$, $\beta=0,704$, $t=10,095$, $p<0,001$), revelando que quanto mais elevados são os níveis de exposição ao trauma na infância mais elevados são os níveis de problemas do foro psicológico (Tabela 13).

Tabela 11

Resumo do modelo

R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
0,704	0,495	0,490	9,10776

Tabela 12

ANOVA

	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	8453,670	1	8453,670	101,911	<0,001
Resíduo	8626,934	104	82,951		
Total	17080,604	105			

Tabela 13

Coefficientes

	B	Erro Erro	Beta	t	Sig.
(Constante)	-10,008	2,699		-3,708	<0,001
CTQ_Total	0,634	0,063	0,704	10,095	<0,001

Análises Comparativas

Autoeficácia Materna e Sintomatologia Psicológica em Grupos Com e Sem Trauma na Infância

De forma a corroborar as correlações e regressões realizadas anteriormente e ainda com o objetivo de fornecer comparações entre mães com e sem trauma de infância – critério definido através da média da pontuação total do CTQ (40,62) por não existir valores de corte previamente definidos para a escala em questão na população portuguesa – no que concerne tanto à Perceção de Autoeficácia Materna bem como à Saúde Mental, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney U considerando que os pressupostos da normalidade não foram cumpridos (Tabela 13).

Primeiramente, no que diz respeito à Percepção de Autoeficácia Materna, os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($U=529,50$; $Z=-5,26$; $p<0,001$) com um tamanho de efeito grande ($r = 0,51$). Neste seguimento, na amostra recolhida, mães que foram expostas a experiências traumáticas evidenciaram níveis mais baixos de percepção de autoeficácia materna (*Mean Rank* = 33,11) em comparação às participantes sem histórias de adversidades na infância que, por sua vez, apresentaram níveis de autoeficácia significativamente mais elevados (*Mean Rank* = 64,23) (Tabela 14).

Tabela 14

Comparação entre grupos com e sem trauma face aos níveis de autoeficácia materna

	N	<i>Mean Rank</i>	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Sem trauma	64	66,23	529,50	-5,26	<0,001
Com trauma	42	34,11			

Já relativamente à Saúde Mental, os resultados presentes na Tabela 15 também se demonstram estatisticamente significativos ($U=287,00$; $Z=-6,83$; $p<,001$) com um tamanho do efeito grande ($r=0,66$). Assim, mães que experienciaram infâncias traumáticas reportaram níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress (*Mean Rank* = 78,67) comparativamente às participantes que não relataram experiências traumáticas na infância (*Mean Rank* = 36,98).

Tabela 15

Comparação entre grupos com e sem trauma face à saúde mental

	N	<i>Mean Rank</i>	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Sem trauma	64	36,98	287,00	-6,83	<,001
Com trauma	42	78,67			

Autoeficácia Materna e Paridade

Realizou-se uma análise de comparação entre mães primíparas ($n=56$) e múltiparas ($n=50$) com o intuito de compreender se este fator difere quanto aos níveis de Percepção de Autoeficácia. Os resultados do teste de Mann-Whitney U revelaram que, apesar do grupo composto pelas participantes múltiparas apresentar uma *Mean Rank*

ligeiramente superior (56,67) comparativamente ao grupo das primíparas (50,67), sugerindo que mães multíparas tendem a demonstrar níveis mais elevados de autoeficácia, esta diferença não se demonstrou estatisticamente significativa na amostra do presente estudo ($U=1241,50$; $Z=-1,00$; $p= 0,315$) (Tabela 16).

Tabela 16

Comparação entre primíparas e multíparas face aos níveis de autoeficácia materna.

	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Primíparas	56	50,67	1241,50	-1,00	0,315
Multíparas	50	56,67			

Autoeficácia Materna consoante o Rendimento e Escolaridade

Ainda, com o objetivo de verificar se existiam diferenças nos níveis de Perceção de Autoeficácia Materna consoante o grau de escolaridade e rendimento, procedeu-se à realização de testes de Kruskal-Wallis – considerando as diferenças entre as dimensões dos grupos.

Tanto na escolaridade ($H_{(3)}= 2,94$, $p = 0,400$) (Tabela 17), como no rendimento ($H_{(5)}= 7,336$, $p = 0,195$) (Tabela 18) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos respeitantes à variável da Perceção de Autoeficácia Materna.

Tabela 17

Comparação dos níveis de autoeficácia consoante a escolaridade

	N	Mean Rank	$H_{(x^2)}$	df	p
3º Ciclo do ensino básico (9º ano completo)	5	74,70	2,94	3	0,400
Ensino secundário (12º ano ou equivalente)	52	52,61			
Licenciatura	34	50,34			
Mestrado	15	56,70			

Tabela 18*Comparação dos níveis de autoeficácia consoante o rendimento*

	N	Mean Rank	$H_{(x^2)}$	df	p
Inferior a 522€	1	94,50	7,36	5	0,195
Entre 523€ e 870€	4	49,63			
Entre 871€ e 1000€	13	38,15			
Entre 1001€ e 1500€	33	50,09			
Entre 1501€ e 2000€	29	56,60			
>2000€	26	61,06			

Autoeficácia Materna e Estrutura Familiar

Adicionalmente, de forma a analisar as possíveis diferenças na Perceção de Autoeficácia Materna entre os diversos tipos de estrutura familiar, realizou-se, primeiramente, um teste de Kruskal-Wallis que evidenciou diferenças estatisticamente significativas consoante o agregado ($H_{(3)} = 15,988$, $p = ,001$) (Tabela 19). Posteriormente, com o intuito de explorar o resultado anterior e identificar quais os grupos responsáveis pelo mesmo, realizaram-se comparações entre estes com recurso ao teste Mann-Whitney U. Considerando a realização de seis comparações, aplicou-se uma correção de Bonferroni, estabelecendo-se um nível de significância ajustado de $p < 0,00083$ ($0,05/6$). Neste seguimento, a única diferença que se manteve estatisticamente significativa ($U=105$, $Z= -3,49$, $p < ,001$) após a correção foi entre o grupo de famílias nucleares ($n=67$; *Mean Rank* = 61,11) e famílias reconstituídas ($n=10$; *Mean Rank* = 23,45) (Tabela 20). Neste seguimento, verifica-se que face à amostra do presente estudo, mães em famílias reconstituídas apresentaram níveis mais baixos de perceção de autoeficácia materna.

Tabela 19*Comparação dos níveis de autoeficácia consoante o agregado familiar*

	N	Mean Rank	$H_{(x^2)}$	df	p
Família nuclear	67	61,11	15,98	3	,001
Família monoparental feminina	15	41,67			
Família alargada	14	51,21			
Família reconstituída	10	23,45			

Tabela 20*Comparação entre famílias nucleares e famílias reconstituídas*

	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Nucleares	67	42,43	105,00	-3,48	<0,001
Reconstituídas	10	16,00			

Autoeficácia Materna e Saúde Mental face a Fatores da Gravidez e Parto

Foram recolhidos dados relativamente a fatores da gravidez e do parto, nomeadamente face ao tempo gestacional – se completaram 37 semanas de gestação, tempo que separa parto prematuro e não prematuro –, existência de complicações durante este período e o tipo de parto, com intuito de explorar as suas possíveis associações com sintomas psicológicos como sugerido pela literatura. Contudo, no caso da variável relativa ao tempo gestacional, a análise estatística não foi realizada devido à discrepância acentuada entre os grupos (n=102 e n=4), o que não ia assegurar a validade estatística. Para as restantes variáveis – complicações na gravidez/parto e tipo de parto – foram realizados testes de Mann-Whitney U com o intuito de analisar possíveis diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica entre os grupos.

Respeitante à experiência de complicações na gestação e/ou parto, os resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa (U = 609,50; Z = -2,45; p =0,014) entre os grupos de mães que relataram ter experienciado complicações (*Mean Rank* = 67,80) e mães que afirmaram não ter vivenciado qualquer complicação em ambos momentos (*Mean Rank* = 49,76) (Tabela 21). Significa isto que, na presente amostra, mães que passaram por complicações na gestação ou parto apresentam níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e stress.

Tabela 21*Complicações na gravidez e/ou parto*

	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Sim	22	67,80	609,50	-2,45	0,014
Não	84	49,76			

Já face ao tipo de parto, apesar de mães que tiveram um parto cirúrgico apresentarem valores ligeiramente superiores (*Mean Rank* = 56,34) comparativamente às mães que relataram um parto vaginal (*Mean Rank* =52,34) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomas do foro psicológico ($U = 1012,50$; $Z = -0,570$; $p = 0,569$) (Tabela 22).

Tabela 22

Tipo de Parto

	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Vaginal	78	52,48	1012,50	-0,570	0,569
Cirúrgico	28	56,34			

Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo compreender a relação entre as experiências de Trauma na Infância e a Percepção de Autoeficácia Materna e Saúde Mental durante o puerpério. Posto isto e de acordo com as hipóteses propostas anteriormente, previu-se que a exposição a situações adversas na infância estivesse associada a uma diminuição da percepção de autoeficácia materna e a níveis mais elevados de sintomatologia do foro psicológico, nomeadamente, ansiedade, depressão e stress, durante o primeiro ano de puerpério. Os resultados obtidos revelaram associações significativas, confirmando assim as hipóteses colocadas e corroborando a literatura existente.

Primeiramente, os resultados verificaram uma correlação negativa entre o Trauma na Infância e a Percepção de Autoeficácia Materna ($\rho = -0,531$, $p < 0,001$) sugerindo que mães que experienciaram níveis mais elevados de situações adversas precoces tendem a sentir-se menos competentes e confiantes no desempenho do papel parental durante o primeiro ano de maternidade. Esta relação foi confirmada através da análise de regressão linear que evidenciou o trauma como um preditor significativo da percepção de autoeficácia materna, bem como através da análise comparativa entre grupos de mães com e sem trauma na infância. Estes resultados alinham-se com a Teoria da Autoeficácia de Bandura (1994), que destaca a importância das experiências durante esta fase do desenvolvimento na formação de crenças sobre a própria eficácia, considerando a capacidade das mesmas em comprometer a construção da autoimagem e de estratégias adequadas face ao enfrentamento de situações desafiantes.

Adicionalmente, a forte correlação positiva existente entre o Trauma Infantil e Sintomatologia Psicológica ($\rho = 0,680$, $p < 0,001$) reforça novamente o que é indicado pela literatura, sugerindo que níveis mais elevados de exposição a situações traumáticas durante a infância relacionam-se com a presença de níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress. Estes dados foram, novamente, confirmados pela análise de regressão linear que demonstrou o valor preditivo do trauma face à saúde mental. Desta forma, experiências traumáticas na infância aumentam o risco de problemáticas de saúde mental na idade adulta (Edwards et al., 2003; Davidson et al., 2009). Ademais, estes dados são consistentes com a *Shattered Assumptions Theory* de Janoff-Bulman (1992) que enquadra

o abalo das crenças fundamentais quando existe a exposição a um contexto traumático precoce, acontecimento que gera sofrimento psicológico.

A última hipótese definida previa que níveis mais baixos de Percepção de Autoeficácia Materna estão associados a níveis mais elevados de Sintomatologia Psicológica, confirmada pela correlação negativa moderada ($\rho=-0,424$, $p< 0,001$) encontrada entre ambas as variáveis. Isto torna-se especialmente revelante face aos princípios da Teoria da Vinculação de Bowlby (1969, 1973, 1980) que reconhece o impacto do estado emocional da mãe no seu desempenho parental e, conseqüentemente, na qualidade da relação mãe-bebé. Uma percepção de autoeficácia comprometida é, então, capaz de constituir um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas psicológicos, contribuindo para um ciclo entre a percepção de incompetência parental e a deterioração contínua da saúde mental.

Adicionalmente, para além dos objetivos principais do presente estudo, foram exploradas possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas. Primeiramente, procurou-se explorar a influência da paridade na Percepção de Autoeficácia Materna, isto é, se o facto de ser mãe pela primeira vez (primípara) ou já ter filhos anteriormente (múltipara) influencia o senso de competência face ao papel parental durante o período de puerpério. Embora as mães múltiparas tenham apresentado níveis ligeiramente mais elevados face à percepção de autoeficácia (*Mean Rank* =56,67) comparativamente com as mães primíparas (*Mean Rank* = 50,67), esta diferença não se demonstra estatisticamente significativa sugerindo que, na amostra em estudo, a experiência prévia de maternidade não impactou de forma significativa a percepção de competência materna no primeiro ano de pós-parto. Apesar destes resultados não corroborarem a literatura, que sugere, frequentemente, que mães múltiparas tendem a sentir-se mais competentes face à função parental (Leahy-Warren et al., 2011; Dol et al., 2021), é importante notar que tais resultados podem dever-se à especificidade da amostra, ao contexto sociocultural, ou a fatores intervenientes que não foram analisados e que podem evidenciar um papel mais relevante na construção da autoeficácia materna ou até um papel moderador face às conseqüências do trauma na infância, tais como o apoio social, a qualidade do vínculo com o bebé ou determinadas características individuais (Brazeau et al., 2017; Leahy-Warren & McCarthy, 2005).

Já no que diz respeito ao papel de fatores sociodemográficos, tais como a escolaridade e o rendimento, na presente amostra não foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas respeitantes aos níveis de autoeficácia materna consoante estes fatores. No caso da escolaridade, a literatura não demonstra um consenso sobre o seu possível efeito na autoeficácia materna, no entanto, os dados do presente estudo não indicaram uma associação significativa com esta variável, indo isto ao encontro do estudo de Ferreira (2014) que menciona uma relação menos direta entre ambos. Quanto ao rendimento, apesar de ser frequentemente considerado um fator influente no ajustamento à parentalidade, no presente estudo não se verificou um efeito significativo na autoeficácia materna em função do mesmo. Uma possível explicação para o contraste destes dados com a evidência existente na literatura poderá remeter para a distribuição assimétrica da amostra face ao rendimento, considerando que apenas cinco participantes apresentaram rendimentos inferiores a 871€ e, conseqüentemente, possíveis situações de vulnerabilidade económica, enquanto a grande maioria encontra-se em escalões de rendimento médio a elevado. Esta discrepância e sub-representação poderá ter limitado a variabilidade da amostra comprometendo a capacidade de detetar diferenças significativas entre os grupos, sugerindo-se assim a inclusão de amostras mais diversificadas a este nível em futuras investigações.

Os resultados revelaram ainda a influência da composição familiar na perceção de autoeficácia materna, ainda que apenas a diferença entre famílias nucleares e reconstituídas se tenha demonstrado estatisticamente significativa. Neste seguimento, na amostra do presente estudo, mães de famílias reconstituídas demonstraram níveis mais baixos relativamente à Perceção de Autoeficácia Materna comparativamente a mães de famílias nucleares. Estes resultados são consistentes com a literatura que identifica a reconstituição familiar como um possível contexto desafiador para a parentalidade (Ganong & Coleman, 2017). Várias interpretações podem explicar esta questão, tais como os desafios face à adaptação a novos papéis parentais, a gestão de relações com filhos não biológicos e dinâmicas familiares complexas que mães de famílias reconstituídas podem enfrentar. Ademais, os fatores mencionados podem gerar conflitos, inseguranças, bem como sentimentos de incompetência parental, influenciando de forma negativa a perceção de autoeficácia materna (Papernow, 2013). Adicionalmente, a possível existência de trauma relacional ou separações conflituosas podem influenciar a perceção de competência parental.

Ainda no que concerne a estruturação familiar, e em oposição a alguns estudos que destacam a monoparentalidade como um fator de risco para a Perceção de

Autoeficácia (Bloomfield & Kendall, 2012), os dados obtidos não revelaram diferenças significativas entre famílias monoparentais femininas e os restantes grupos. Não obstante, é possível que o impacto da estrutura familiar na percepção de autoeficácia esteja mediado por outras variáveis que não foram consideradas, como o suporte social percebido ou a qualidade da coparentalidade. Por este motivo, é importante considerar que a composição do agregado familiar pode, até certo ponto, refletir aspetos do suporte social disponível, contudo, não quantifica este fator de forma direta, sendo esta uma limitação a ponderar. Ademais, o facto da amostra analisada ser, na sua maioria, composta por participantes com níveis de rendimento mais elevados, poderá relacionar-se com estes dados, considerando que, a presença de recursos financeiros estáveis pode ter a capacidade de mitigar os desafios associados a determinadas estruturas familiares tais como a monoparentalidade.

Respeitante às variáveis obstétricas, mais especificamente, a ocorrência de complicações na gestação e/ou parto e o tipo de parto, e as suas possíveis associações com a sintomatologia psicológica durante o puerpério, os resultados indicaram que, em concordância com o estudo de Hannon et al., (2022), mães que experienciaram complicações durante o período da gravidez ou no momento do parto evidenciaram níveis mais elevados de sintomas psicológicos.

Por outro lado, não foram encontradas evidências estatisticamente significativas face às diferenças de sintomas de ansiedade, depressão e stress consoante o tipo de parto. Embora a literatura aponte para o parto cirúrgico como potencial fator de risco para as perturbações mencionadas, tal associação não foi verificada. É importante referir que a subjetividade da experiência do parto pode ser uma possível explicação destes resultados. A forma como a mãe vivencia o momento do parto pode assegurar uma maior influência do que o tipo de parto em si. Ademais, a preparação para o parto e a qualidade dos cuidados prestados na ocasião são fatores a ter em consideração.

Importa ainda referir que a variável relativa à prematuridade não foi analisada considerando a discrepância significativa entre os grupos, visto que, apenas quatro participantes reportaram um parto prematuro. Ainda assim, o tempo gestacional pode constituir um fator de risco para o sofrimento psicológico materno, sendo um fator relevante para futuras investigações. Adicionalmente, o mesmo se verificou com a variável relativa ao tempo de puerpério até ao momento da investigação, que foi incluída numa tentativa de compreender as diferenças ou possível evolução ao longo do pós-parto

relativamente à Percepção de Autoeficácia Materna e à Saúde Mental. No entanto, a distribuição desproporcional dos participantes pelos diferentes intervalos temporais limita, novamente, a realização de análises estatísticas viáveis para esta questão. Desta forma, seria de interesse que futuras investigações realizem uma análise sobre o desenvolvimento da Percepção de Autoeficácia e Saúde Mental durante o decorrer do primeiro ano de maternidade.

Embora os resultados principais esclareçam a existência de correlações significativas entre o Trauma na Infância, Percepção de Autoeficácia Materna e Saúde Mental no puerpério, a natureza transversal da investigação e o tamanho da amostra utilizada limitam a possibilidade de estabelecer relações causais entre as variáveis mencionadas. Neste seguimento, não foi possível determinar se as situações adversas na infância influenciam a saúde mental diretamente ou se esse efeito ocorre indiretamente através da diminuição da percepção de autoeficácia materna, ou ainda, se a saúde mental impõem um papel mediador na relação entre o trauma e a percepção de autoeficácia. Contudo, apesar destas limitações, os dados encontrados já fornecem evidências iniciais importantes entre as variáveis em questão. Assim, recomenda-se que estudos futuros, preferencialmente de natureza longitudinal e com uma amostra composta por um maior número de participantes, realizem análises de mediação para possibilitar a exploração entre estas associações e os mecanismos subjacentes às mesmas de forma a aprofundar a compreensão dos processos que conectam o trauma na infância à experiência na maternidade e bem-estar psicológico.

Os resultados do presente estudo, que demonstram a importante relação entre um passado traumático e os desafios atuais na maternidade, apresentam implicações importantes para a prática clínica, nomeadamente no âmbito do acompanhamento psicológico de mães no puerpério. A identificação atempada de um historial traumático pode permitir uma intervenção preventiva mais eficaz e, desta forma, não só prestar auxílio ao bem-estar psicológico da mãe como ainda permite a identificação precoce de possíveis padrões associados ao trauma que poderá constituir um passo fundamental para a prevenção da continuidade do ciclo de trauma intergeracional. Neste seguimento, esta abordagem pode prevenir futuras dificuldades na construção do vínculo mãe-bebê, promovendo assim uma adaptação à maternidade mais adequada e, conseqüentemente, dinâmicas familiares saudáveis e práticas parentais mais ajustadas. Assim, estas intervenções assumem um carácter terapêutico, ao mitigar o possível sofrimento atual da

mãe, e preventivo, ao salvaguardar o desenvolvimento emocional e relacional do bebé. Programas de apoio à maternidade que integrem estratégias específicas de reforço da autoeficácia, treino de competências parentais e gestão emocional direcionados à população em questão podem tornar-se um fator protetor útil.

Por fim, os resultados relativos à Análise Fatorial Confirmatória da PMPS-E corroboram os resultados do estudo da validação da versão portuguesa, confirmando assim a estrutura de três dimensões para a população portuguesa.

Referências Bibliográficas

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2017). Risky Sexual Behaviors and Pregnancy Outcomes in Young Adulthood Following Substantiated Childhood Maltreatment: Findings From a Prospective Birth Cohort Study. *The Journal of Sex Research*, 55(1), 106–119. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1368975>
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499–543). American Psychiatric Association.
- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., San, L., & Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 343–357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G.-J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84(84), 131–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>
- Azar, S. T., Nix, R. L., & Makin-Byrd, K. N. (2005). PARENTING SCHEMAS AND THE PROCESS OF CHANGE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 45–58. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01542.x>
- Bailey, L. (2001). GENDER SHOWS: First-Time Mothers and Embodied Selves. *Gender & Society*, 15(1), 110–129. <https://doi.org/10.1177/089124301015001006>
- Baiverlin, A., Gallo, A., & Blavier, A. (2020). Impact of different kinds of child abuse on sense of parental competence in parents who were abused in childhood. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 100150. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100150>

- Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-hall.
<https://doi.org/10.1177/105960117700200317>
- Bandura, A. (1994). Encyclopedia of mental health. *Self-Efficacy*, 4(4), 71–81.
- Barnes, C. R., & Adamson-Macedo, E. N. (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: Development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of advanced nursing*, 60(5), 550-560.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04445.x>
- Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse & Neglect*, 63, 84–94.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.021>
- Bentley, G., & Zamir, O. (2021). The Role of Maternal Self-efficacy in the Link Between Childhood Maltreatment and Maternal Stress During Transition to Motherhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626052110428.
<https://doi.org/10.1177/08862605211042871>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
[https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bert, S. C., Guner, B. M., Lanzi, R. G., & Centers for the Prevention of Child Neglect. (2009). The influence of maternal history of abuse on parenting knowledge and behavior. *Family Relations*, 58(2), 176–187. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00545.x>
- Bloomfield, L., & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care*

Research & Development, 13(04), 364–372.
<https://doi.org/10.1017/s1463423612000060>

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brazeau, N., Reisz, S., Jacobvitz, D., & George, C. (2017). UNDERSTANDING THE CONNECTION BETWEEN ATTACHMENT TRAUMA AND MATERNAL SELF-EFFICACY IN DEPRESSED MOTHERS. *Infant Mental Health Journal*, 39(1), 30–43. <https://doi.org/10.1002/imhj.21692>
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 357–364. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90007-g](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90007-g)
- Burke, S. (2024). Exploring the Long-Term Impact of Childhood Trauma: Unseen Consequences and Paths to Healing. *International Journal of Psychiatry Research*, 7(4), 1–10. <https://www.scivisionpub.com/pdfs/exploring-the-longterm-impact-of-childhood-trauma-unseen-consequences-and-paths-to-healing-3460.pdf>
- Caldwell, J. G., Shaver, P. R., Li, C.-S., & Minzenberg, M. J. (2011). Childhood Maltreatment, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Parental Self-Efficacy in At-Risk Mothers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(6), 595–616. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.595763>
- Chau, V., Dryer, R., & Brunton, R. (2023). Examining the relationship between maternal childhood abuse history and mother-infant bonding: The mediating roles of postpartum depression and maternal self-efficacy. *Child Abuse & Neglect*, 145, 106439. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106439>
- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, S. K., de Haan, A., Vang, M. L., Haag, K., Gilbar, O., Alisic, E., & Brown, E. (2017). The transition to parenthood following a history

- of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1492834. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates*. *Family Relations*, 49(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126–148. <https://doi.org/10.1002/imhj.10048>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens. (2023). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediation Model of Postpartum Depression. *Child Development*, 57(6), 1507. <https://doi.org/10.2307/1130428>
- Davidson, G., Shannon, C., Mulholland, C., & Campbell, J. (2009). A Longitudinal Study of the Effects of Childhood Trauma on Symptoms and Functioning of People with Severe Mental Health Problems. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 57–68. <https://doi.org/10.1080/15299730802485169>
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro-Vale, I., Kleber, R., & Cardoso, R. M. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11, 103–120. <https://doi.org/10.14417/lp.11.2.713>
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319–333. <https://doi.org/10.1177/1077559503257104>
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2008). Patterns of Risk and Protective Factors in the Intergenerational Cycle of Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 24(2), 111–122. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9215-2>

- Dol, J., Richardson, B., Grant, A., Aston, M., McMillan, D., Murphy, G., & Campbell-Yeo, M. (2021). Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. *Birth*, 48(3).
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, L., & Santos, A. J. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, (2), 145-156.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. J. (2014). Percepção de competência parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 32(2), 145-156. <https://doi.org/10.14417/ap.854>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a New Definition of Mental Health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Ganong, L. & Coleman, M. (2017). Studying Stepfamilies: Four Eras of Scholarship. *Family Process*, 57(1). <https://doi.org/10.1111/famp.12307>
- Gauthier, L., Stollak, G., Messé, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse & Neglect*, 20(7), 549–559. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00043-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00043-9)
- George, C., & Solomon, J. (2011). Caregiving helplessness: The development of a screening measure for disorganized maternal caregiving. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 133–166). The Guilford Press
- Giallo, R., Pilkington, P., McDonald, E., Gartland, D., Woolhouse, H., & Brown, S. (2017). Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(7), 815–828. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1387-8>

- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, 80(1), 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8(248). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hannon, S., Gartland, D., Higgins, A., Brown, S. J., Carroll, M., Begley, C., & Daly, D. (2022). Maternal mental health in the first year postpartum in a large Irish population cohort: the MAMMI study. *Archives of Women's Mental Health*, 25(3), 641–653. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01231-x>
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hitzler, M., Bach, A. M., Köhler-Dauner, F., Gündel, H., & Kolassa, I.-T. (2022). Long-Term Consequences of Childhood Maltreatment Among Postpartum Women—Prevalence of Psychosocial Risk Factors for Child Welfare: An Independent Replication Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.836077>
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Huizink, A. C., Menting, B., De Moor, M. H. M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C., Schuengel, C., & Oosterman, M. (2017). From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 663–672. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0746-5>

- Irving, S. M., & Ferraro, K. F. (2006). Reports of Abusive Experiences During Childhood and Adult Health Ratings. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 458–485. <https://doi.org/10.1177/0898264305280994>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. Free Press.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214–1222. <https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00009>
- Karolina Wuebken, Bermpohl, F., Boedeker, K., Catherine Hindi Attar, Kluczniok, D., Schoofs, N., Fuchs, A., Neukel, C., Herpertz, S. C., Brunner, R., Winter, S., Kaess, M., Jaite, C., & Dittrich, K. (2023). The mediating role of attachment and anger: exploring the impact of maternal early-life maltreatment on child abuse potential. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1267038>
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339–361. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Kunseler, F. C., Willemen, A. M., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2014). Changes in Parenting Self-Efficacy and Mood Symptoms in the Transition to Parenthood: A Bidirectional Association. *Parenting*, 14(3-4), 215–234. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.972758>
- Law, K. H., Dimmock, J., Guelfi, K. J., Nguyen, T., Gucciardi, D., & Jackson, B. (2018). Stress, Depressive Symptoms, and Maternal Self-Efficacy in First-Time Mothers: Modelling and Predicting Change across the First Six Months of Motherhood. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 11(1), 126–147. <https://doi.org/10.1111/aphw.12147>
- Leahy Warren, P. (2005). 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>

- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The Development of Maternal Self-Efficacy and Its Impact on Maternal Behavior. *Infancy*, 3(2), 227–247. https://doi.org/10.1207/s15327078in0302_7
- Leite, J. C. de C., Drachler, M. de L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. da. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 15(1), 121–133. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722002000100014>
- Lochner, C., Seedat, S., Allgulander, C., Kidd, M., Stein, D., & Gerdner, A. (2011). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *African Journal of Psychiatry*, 13(5). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i5.63103>
- López, M., Quintana, J. C., Casimiro, E., & Chaves, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31(1), 23–51. <https://doi.org/10.1017/s0954579418001700>
- Marôco, J. (2003). *Análise estatística: Com utilização do SPSS. (Statistical analysis: using SPSS) 2ª Ed.* Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações.* (Analysis of structural equations: Theoretical foundations, Software & Applications) Pêro Pinheiro: Report Number, Lda.

- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLOS ONE*, *14*(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *35*(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Meunier, J.-C., & Roskam, I. (2008). Self-Efficacy Beliefs Amongst Parents of Young Children: Validation of a Self-Report Measure. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(5), 495–511. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9252-8>
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S., & White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *112*(2), 197–204. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00307.x>
- Miller, M. L., Miller, M. L., Laifer, L. M., Emily B.K. Thomas, Grekin, R., O’Hara, M. W., & Brock, R. L. (2024). From pregnancy to the postpartum: Unraveling the complexities of symptom profiles among trauma-exposed women. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.079>
- Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *The Sociological Quarterly*, *56*(4), 723–752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2022). Perceived maternal parenting self-efficacy scale: Factor structure and psychometric properties among Portuguese postpartum women. *Midwifery*, *105*, 103240. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103240>
- Neiterman, E., & Fox, B. (2017). Controlling the unruly maternal body: Losing and gaining control over the body during pregnancy and the postpartum period. *Social*

Science & Medicine, 174, 142–148.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.029>

Pais-Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239. <https://doi.org/1645-0086>

Papernow, P. L. (2013). *Surviving and Thriving in Stepfamily Relationships*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203813645>

Plaza, A., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Ascaso, C., Gelabert, E., Luisa Imaz, M., Navarro, P., Valdés, M., & Martín-Santos, R. (2012). Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 329–335.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.032>

Ponomartchouk, D., & Bouchard, G. (2015). New mothers' sense of competence: predictors and outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1977-1986.
<https://doi.org/10.1007/s10826-014-9997-1>

Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54–64.

Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>

Riggs, S. A., & Kaminski, P. (2011). Childhood Emotional Abuse, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Relational Adjustment and Psychological Aggression. *Routledge EBooks*, 75–104.
<https://doi.org/10.4324/9781315874920-4>

Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C. & Máiquez, M. L. (2006). La evaluación del riesgo psicosocial en las familias canarias usuarias de los servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.

Selk, S. C., Rich-Edwards, J. W., Koenen, K., & Kubzansky, L. D. (2016). An observational study of type, timing, and severity of childhood maltreatment and


- preterm birth. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(6), 589–595.
<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206304>
- Seng, J. S., Rauch, S. A. M., Resnick, H., Reed, C. D., King, A., Low, L. K., Mcpherson, M., Muzik, M., Abelson, J., & Liberzon, I. (2010). Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 176–187.
<https://doi.org/10.3109/0167482x.2010.486453>
- Seng, J. S., Sperlich, M., Low, L. K., Ronis, D. L., Muzik, M., & Liberzon, I. (2013). Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 57–68. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00237.x>
- Shin, S. H., Tomlinson, C. A., Nelson-Hence, D., & Ksinan Jiskrova, G. (2022). Understanding the Intergenerational Cycle of Trauma and Violence: Maternal Adverse Childhood Experiences and Parent-to-Child Aggression Risk. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(5-6), 088626052211208.
<https://doi.org/10.1177/08862605221120884>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104(104), 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247–1258. ScienceDirect.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.001>
- Talmon, A., & Ginzburg, K. (2017). Between Childhood Maltreatment and Shame. *Psychology of Women Quarterly*, 41(3), 325–337.
<https://doi.org/10.1177/0361684317702503>
- Talmon, A., Horovitz, M., Shabat, N., Haramati, O. S., & Ginzburg, K. (2019). “Neglected moms” - The implications of emotional neglect in childhood for the

- transition to motherhood. *Child Abuse & Neglect*, 88, 445–454.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.021>
- Teti, D. M., O'Connell, M. A., & Reiner, C. D. (1996). Parenting sensitivity, parental depression and child health: The mediational role of parental self-efficacy. *Early Development & Parenting*, 5(4), 237–250. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0917\(199612\)5:4<237::AID-EDP136>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0917(199612)5:4<237::AID-EDP136>3.0.CO;2-5)
- Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R., & Weisberg, D. (2017). Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 2960–2978. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5>
- World Health Organization. (2022). *Mental health*. World Health Organization; *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>
- Yang, M.-Y., Font, S. A., Ketchum, M., & Kim, Y. K. (2018). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Effects of maltreatment type and depressive symptoms. *Children and Youth Services Review*, 91, 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.036>
- Yeaton-Massey, A., & Herrero, T. (2019). Recognizing maternal mental health disorders. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31(2), 116–119. <https://doi.org/10.1097/gco.0000000000000524>

Anexos

Anexo A – Consentimento dos Autores para Uso dos Instrumentos

Questionário de Traumas na Infância (CTQ-SF)

 **Aida Dias**
para mim, mmiguel ▾ terça, 10/12/2024, 15:14 ★ 😊 ↶

Estimada Catarina,

Muito obrigada pela sua mensagem.
Poderá usar a versão da escala que se encontra publicada na revista Laboratório de Psicologia. Aqui encontrará também informação para a cotação e interpretação dos resultados.

Peço o favor de incluir a referência nos trabalhos a realizar.

Votos de um bom trabalho!
Aida Dias

Questionário de Perceção da Autoeficácia Materna (PMPS-E)

 **Fabiana Monteiro** <fgmonteiro.91@gmail.com> 😊 ↶ Responder ↷ Responder a todos ↷ Reencaminhar 🗃️ ⋮
Para: Catarina Matos Mosca ter, 26/11/2024 11:37
Cc: Marta Cristina Trindade Miguel

 Monteiro2022.pdf
729 KB

 PMPS-E.pdf
36 KB

2 anexos (765 KB) ☁ Guardar tudo no OneDrive - ISPA ⬇ Transferir tudo

Cara Catarina,

Envio em anexo o PMPS-E e o respetivo artigo dos estudos psicométricos em mulheres portuguesas no período pós-parto.

Boa sorte com a investigação!

Cumprimentos,
Fabiana Monteiro

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

 **José Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt> 😊 ↶ ↷ ↷ 🗃️ ⋮
Para: Catarina Matos Mosca qua, 20/11/2024 15:00

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

No texto em link e nas referências desse texto encontra toda a informação necessária, incluindo a escala.

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt

Anexo B – Formulário de Investigação

Da Infância à Maternidade: A Influência das Experiências na Infância na Transição para a Maternidade

Cara Participante,

O seguinte questionário ocorre no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA (Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida), sob a orientação da Professora Doutora Marta Miguel.

Este estudo tem como objetivo compreender se as experiências na infância da mãe influenciam a perceção sobre as suas competências relativamente à maternidade e a sua saúde mental durante o pós-parto. Desta forma, ao longo do questionário serão apresentadas várias questões relacionadas com o tema, às quais não existem respostas certas ou erradas e pelo que se solicita que responda de forma sincera.

Neste estudo podem participar mães com idade superior a 18 anos e que experienciaram o período pós-parto nos últimos 12 meses.

Não se esperam riscos associados à participação neste estudo, no entanto, algumas questões podem trazer desconforto, sendo importante lembrar que a sua participação é voluntária e pode interrompê-la a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo. A informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos sendo totalmente confidencial e anónima.

Para qualquer dúvida sobre o estudo pode contactar 28415@alunos.ispa.pt

Obrigada pela sua colaboração!

Concordo com os termos descritos e aceito participar voluntariamente neste estudo?

Sim

Não

Idade _____

Grau de Escolaridade (concluído)

1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano completo)

2º Ciclo do ensino básico (6º ano completo)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano completo)

Ensino Secundário (12º ano ou equivalente)

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Como é constituído o agregado familiar?

- Família nuclear (casal e filhos)
- Família monoparental feminina (mãe e filhos)
- Família alargada (casal, filhos e avós/tios)
- Família reconstituída (mãe, parceiro/a e filhos)

Qual é o rendimento per capita do agregado familiar?

- Inferior a 522€
- Entre 523€ e 870€
- Entre 871€ e 1000€
- Entre 1001€ e 1500€
- Entre 1501€ e 2000€
- >2000€

Quantos filhos tem? _____

Neste momento, encontra-se há quanto tempo em pós-parto?

- Até 10 dias pós-parto
- Até 6 semanas pós-parto
- Entre a 6ª semana e o 12º mês

Completo 37 semanas de gestação?

- Sim
- Não

Experienciou complicações durante a gravidez ou parto?

- Sim
- Não

Qual foi o tipo de parto?

- Parto vaginal
- Parto cirúrgico (cesariana)

Experiências na Infância

Em baixo, encontra um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida (1- Nunca; 2 - Poucas vezes; 3 - Às vezes; 4 - Muitas vezes; 5 - Sempre).

Na minha infância e juventude...

	1	2	3	4	5
Eu não tinha comida suficiente.					
Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.					
As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpida, preguiçosa, feia, etc.).					
Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.					
Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante.					
Tinha que usar roupas sujas.					
Senti-me amada.					
Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.					
A minha família parecia quase perfeita.					
Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.					
Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.					
As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.					
Acredito que fui fisicamente maltratada.					
Tive uma ótima infância.					
Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.					

Sentia que na minha família alguém me odiava.					
As pessoas da minha família eram unidas.					
Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente.					
Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
Tive a melhor família do mundo.					
Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir algo sexual.					
Alguém me assediou.					
Acredito que fui maltratada emocionalmente.					
Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.					
Acredito que fui abusada sexualmente.					
A minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Perceção de Autoeficácia Materna

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações que dizem respeito à forma como interage com o seu bebé. Por favor seleccione a opção de resposta que sente que melhor descreve a sua perceção acerca da situação (1- Discordo Fortemente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Fortemente).

	1	2	3	4
Acho que consigo perceber quando o meu bebé está cansado e precisa de dormir.				
Acredito que consigo controlar os cuidados ao meu bebé.				
Consigo perceber quando o meu bebé está doente.				
Consigo ler as pistas/sinais que o meu bebé me dá.				
Consigo fazer o meu bebé feliz.				
Acredito que o meu bebé reage bem aos meus estímulos.				
Acredito que eu e o meu bebé interagimos bem um com o outro.				
Consigo acalmar o meu bebé quando ele está a chorar.				

Sou boa a acalmar o meu bebé quando ele fica incomodado.				
Sou boa a acalmar o meu bebé quando ele fica rabugento.				
Sou boa a acalmar o meu bebé quando ele chora continuamente.				
Sou boa a acalmar o meu bebé quando ele fica mais inquieto.				
Sou boa a perceber o que o meu bebé quer.				
Sou boa a captar a atenção do meu bebé.				
Sou boa a identificar que actividades é que o meu bebé não gosta.				
Sou boa a manter o meu bebé ocupado.				
Sou boa a alimentar o meu bebé.				
Sou boa a mudar a fralda ao meu bebé.				
Sou boa a dar banho ao meu bebé.				
Consigo demonstrar afeto/carinho ao meu bebé.				

Saúde Mental

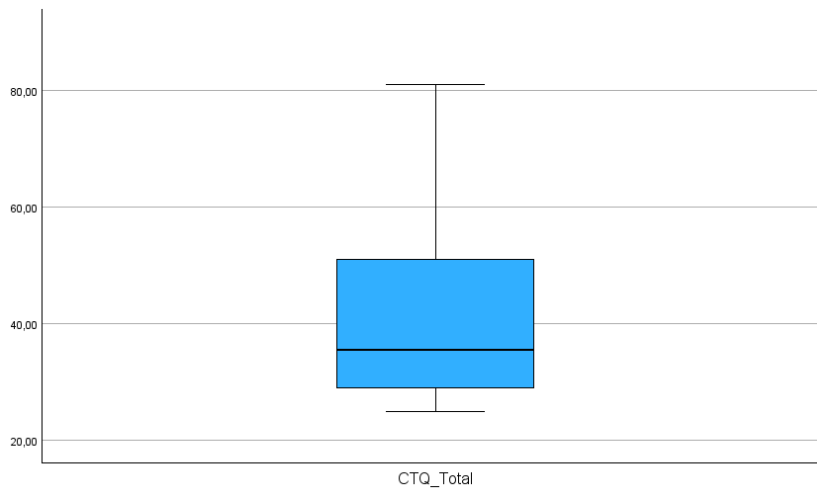
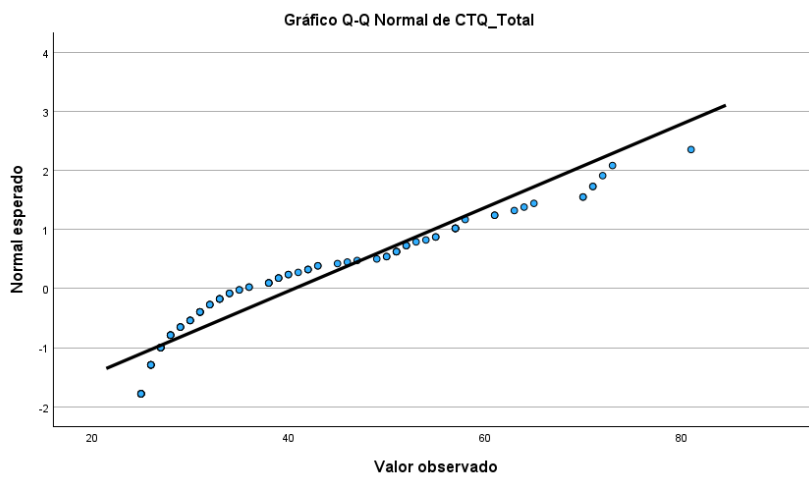
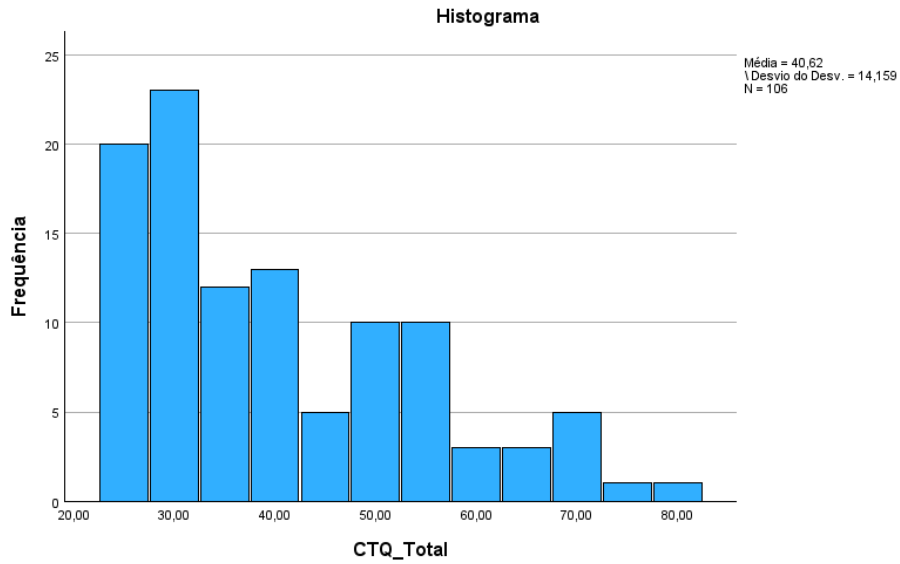
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada (0 – Não se aplicou nada a mim; 1- Aplicou-se a mim algumas vezes; 2 - Aplicou-se a mim muitas vezes; 3 - Aplicou-se a mim a maior parte das vezes).

	0	1	2	3
Tive dificuldades em me acalmar.				
Senti a minha boca seca.				
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.				
Senti dificuldades em respirar.				
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.				
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.				
Senti tremores (por ex., nas mãos).				
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.				
Preocupei-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.				

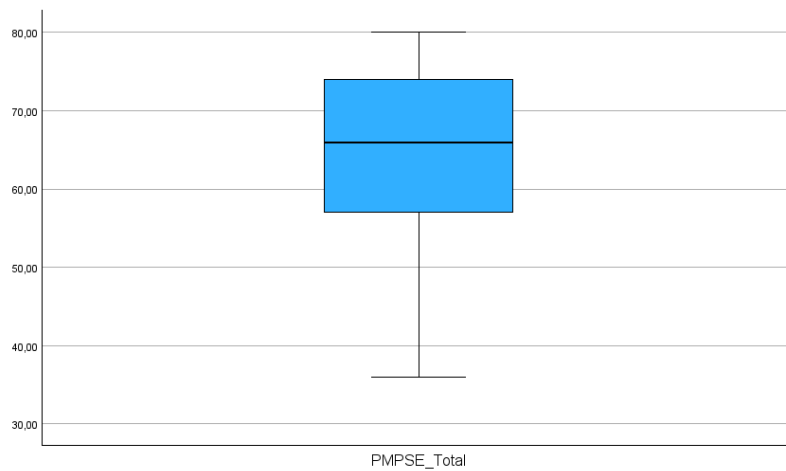
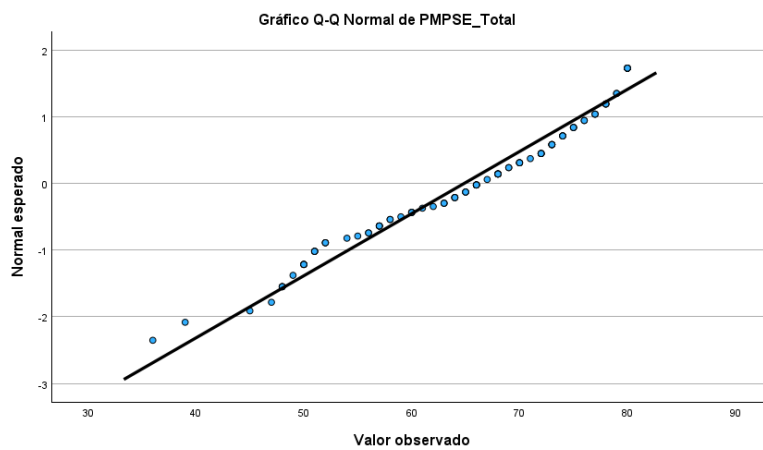
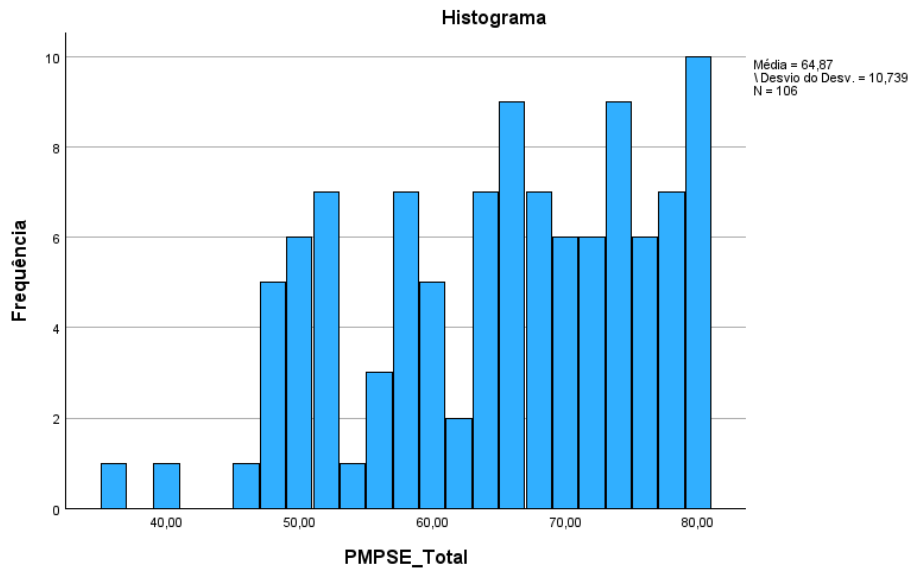
Senti que não tinha nada a esperar no futuro.				
Dei por mim a ficar agitado.				
Senti dificuldade em me relaxar.				
Senti-me desanimado e melancólico.				
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.				
Senti-me quase a entrar em pânico.				
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.				
Senti que não tinha muito valor como pessoa.				
Senti que por vezes estava sensível.				
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.				
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.				
Senti que a vida não tinha sentido.				

Anexo C – Análises Gráficas da Distribuição das Variáveis

Análise Gráfica do Questionário de Traumas na Infância (CTQ-SF)



Análise Gráfica do Questionário de Percepção da Autoeficácia Materna (PMPS-E)



Análise Gráfica da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

