



Orientação/Supervision:



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

Inês La-Salette Teixeira Carneiro, nº 42920

Estudo dos Preditores de Saúde Mental das mães durante o Pós-Parto

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob orientação da Professora Doutora Ana Xavier.

Outubro, 2025



DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Eu, Inês La-Salette Teixeira Carneiro, estudante da Universidade Portucalense Infante D. Henrique, com o número de aluna 42920, do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, declaro que a Dissertação apresentada para avaliação na Unidade curricular Dissertação é da minha autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data.. 09/10/2025.

Assinatura(s) Inês Carneiro.....



Declaração sobre o uso de IA Generativa para a realização de trabalhos académicos

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde/ Dissertação

Ano letivo: 2024/2025

Trabalho: Dissertação

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

Inês La-Salete Teixeira Carneiro Nº 42920

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Neste trabalho usei sistemas de Inteligência Artificial (IA) Generativa para melhorar a linguagem/estrutura do texto, e/ou pesquisar informação.

O sistema de IA Generativa utilizado neste trabalho foi o seguinte: ChatGPT.

ÂMBITO DE UTILIZAÇÃO

O recurso ao ChatGPT teve como principal objetivo a melhoria da linguagem e da estrutura textual, promovendo uma redação mais organizada, concisa e formal. Adicionalmente, a ferramenta foi utilizada para aperfeiçoar o vocabulário técnico, assegurando a utilização de terminologia adequada ao contexto académico e específico para uma dissertação em Psicologia.

PROMPTS UTILIZADOS

Prompts que foram utilizados: "Este texto está muito longo, podes resumir-lo sem perder conteúdo relevante para a minha dissertação?"; "Quero que o texto seja mais formal e objetivo, próprio para contexto académico."

Data: 09/10/2025

Assinatura do estudante: Inês Carneiro



Estudo dos Preditores de Saúde Mental das mães durante o Pós-Parto

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde | 2024/2025 | 2º Ano
Dissertação | Orientadora: Professora Doutora Ana Xavier

Inês La-Salette Teixeira Carneiro | N° 42920



Agradecimentos

Manifesto o meu agradecimento a todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram na realização da Dissertação.

À Professora Doutora Ana Xavier, a minha orientadora de dissertação, agradeço pela partilha de conhecimentos e pela confiança depositada no meu trabalho. Agradeço profundamente a disponibilidade, paciência e a dedicação investida na minha formação.

Aos meus colegas, por terem sido ajuda, alegria e motivação nesta reta final. Agradeço a todos os momentos de partilha.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional nos momentos mais desafiantes e por celebrarem comigo cada conquista. A vós devo tudo o que sou e tudo o que alcancei. O vosso amor é, e será sempre, o meu apoio.

Aos meus amigos, pela amizade constante, pelo carinho e pelo apoio incondicional ao longo deste percurso. A vossa presença tornou estes cinco anos exigentes em momentos verdadeiramente memoráveis.

Ao meu namorado, pelo amor, paciência e apoio incondicional ao longo deste percurso. Obrigada por estares sempre presente, mesmo nos momentos mais exigentes, por me escutares, incentivares e celebrares cada pequena conquista comigo. Ter-te ao meu lado fez toda a diferença.

Por fim, agradeço a mim, por nunca desistir e por dar sempre o meu melhor.

Resumo

Estudo dos Preditores de Saúde Mental das Mães durante o Pós-Parto

A saúde mental no período pós-parto tem vindo a ganhar uma maior atenção, dada a sua relevância para o bem-estar materno, o desenvolvimento do bebé e a qualidade da relação familiar. Este estudo teve como objetivos analisar as relações entre representações de vinculação, sentimentos de segurança e proximidade, vergonha e culpa no cuidar, e sintomas de depressão, ansiedade e stress, bem como identificar os principais preditores do desajustamento psicológico materno. Participaram 55 mães em período pós-parto, que responderam a questionários de autorrelato. Foram realizadas análises de correlação de Pearson e regressões lineares múltiplas. Os resultados revelaram que a vinculação ansiosa apresentou associações positivas com vergonha, culpa e sintomatologia psicológica, sendo também um preditor consistente de depressão, ansiedade e stress. Por sua vez, os sentimentos de segurança, proximidade e confiança nos outros mostraram-se negativamente associados aos sintomas psicopatológicos. Este estudo contribui para uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos relacionais e emocionais associados à saúde mental materna no pós-parto, salientando a importância de intervenções que integrem a vinculação, a regulação da vergonha e da culpa e o reforço de contextos interpessoais seguros.

Palavras-chave: Saúde mental materna; Pós-parto; Vinculação; Vergonha e culpa; Sentimentos de segurança.

Abstract

Predictors of Maternal Mental Health during the Postpartum Period

Maternal mental health in the postpartum period has received growing attention due to its relevance for maternal well-being, infant development, and family relationships. This study aimed to analyze the relationships between attachment representations, feelings of safeness and closeness, shame and guilt in caregiving, and symptoms of depression, anxiety, and stress, as well as to identify the main predictors of maternal psychological distress. The sample consisted of 55 postpartum mothers who completed self-report questionnaires. Pearson correlations and multiple linear regressions were conducted. Results showed that anxious attachment was positively associated with shame, guilt, and psychological symptoms, and was also a consistent predictor of depression, anxiety, and stress. In contrast, feelings of safeness, closeness, and trust in others were negatively associated with psychopathological symptoms. This study contributes to a deeper understanding of the relational and emotional mechanisms underlying maternal mental health in the postpartum period, emphasizing the importance of interventions that integrate attachment, the regulation of shame and guilt, and the reinforcement of safe interpersonal contexts.

Keywords: Maternal mental health; Postpartum; Attachment; Shame and guilt; Social safeness.

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	2
2.1 SAÚDE MENTAL NO PERÍODO PERINATAL	2
2.2 VINCULAÇÃO SEGURA E SENTIMENTOS DE PROXIMIDADE E LIGAÇÃO SOCIAL	5
2.3 VERGONHA, CULPA NO CUIDAR E SAÚDE MENTAL MATERNA	7
2.4 OBJETIVO DO PRESENTE ESTUDO	9
3. Método	9
3.1 PARTICIPANTES	9
3.2 PROCEDIMENTOS	10
3.3 INSTRUMENTOS	11
3.4 ANÁLISE DE DADOS	14
4. Resultados	15
4.1. ANÁLISE PRELIMINAR DOS DADOS.....	15
4.2. ESTUDO DE CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE AS VARIÁVEIS EM ANÁLISE	16
4.3. ESTUDO DOS PREDITORES DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS	18
5. Discussão	24
6. Conclusão	27
7. Referências	29

Lista de abreviaturas e siglas

APA – *American Psychiatric Association*

DASS-21 – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (21 itens)

DP – Desvio padrão

DSM-5-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª edição, texto revisto)

EVA – Escala de Vinculação do Adulto

EVCCP – Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar Parental

EPLO – Escala de Proximidade e Ligação com os Outros

Ku – Curtose (*Kurtosis*)

M – Média

N – Dimensão da amostra

p – Nível de significância estatística

r – Coeficiente de correlação de Pearson

Sk – Assimetria (*Skewness*)

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

α (alfa de Cronbach) – Coeficiente de consistência interna

Índice de tabelas

Tabela 1.....	15
Tabela 2.....	18
Tabela 3.....	19
Tabela 4.....	21
Tabela 5.....	23

1. Introdução

A presente dissertação enquadra-se no 2º ano do 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Portucalense Infante D. Henrique (UPT) sob orientação científica da Professora Doutora Ana Xavier. Este estudo insere-se ainda num projeto de investigação mais amplo, designado “*Care4Mommies em Ação: Promover o ajustamento psicológico materno no período perinatal*”, promovido pela UPT, financiado pela FCT (referência: 2023.11605.PEX) e desenvolvido por uma equipa de investigação liderada pela Prof. Doutora Lara Palmeira, da qual faz parte a orientadora deste trabalho.

A saúde mental materna no período perinatal é um tema de crescente interesse científico, dado o impacto significativo que pode ter no bem-estar da mãe, no desenvolvimento do bebé e na dinâmica familiar (Reid et al., 2022; Gabriel & Mendes, 2023). Durante a gravidez e o primeiro ano após o parto, as mulheres atravessam um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, tornando-se mais vulneráveis a perturbações como depressão e ansiedade (Yang et al., 2022; Silva, 2023).

A depressão perinatal, em particular, é considerada uma das complicações psiquiátricas mais frequentes, afetando aproximadamente 10% a 20% das mães, podendo comprometer a qualidade da vinculação mãe-bebé e o desenvolvimento infantil (Netsi et al., 2018). Além disso, sentimentos de vergonha e culpa estão frequentemente associados aos sintomas depressivos (Andrews et al., 2002; Cheung et al., 2004; Figueiredo, 2020), pelo que se hipotetiza que quando experienciados no exercício da parentalidade podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade para dificuldades psicológicas e emocionais das mães.

Apesar da extensa literatura sobre os efeitos da depressão e da ansiedade no pós-parto, poucos estudos analisam a associação entre as representações de vinculação, os sentimentos de vergonha e culpa no cuidar e os sintomas de depressão e ansiedade em mães no período pós-parto. A compreensão desta relação é fundamental para

desenvolver estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes no apoio às mães em risco.

A presente dissertação encontra-se estruturada em diferentes capítulos. Na Revisão da Literatura é apresentada uma síntese teórica sobre a saúde mental no período pós-parto, abordando em particular a depressão, a ansiedade, o stress, a vinculação, bem como os sentimentos de vergonha, culpa e de proximidade social. O capítulo de Método descreve a amostra do estudo, os procedimentos éticos e de recolha de dados, os instrumentos utilizados para a avaliação das variáveis em análise e as estratégias de tratamento estatístico. De seguida, na secção de Resultados, apresentam-se as análises realizadas, incluindo os estudos de correlação entre as variáveis e os modelos de regressão linear múltipla que identificam os principais preditores da sintomatologia materna. Por fim, os capítulos de Discussão e Conclusão sintetizam os principais resultados do estudo, refletindo sobre as suas implicações teóricas, clínicas e metodológicas, bem como sobre as limitações e pistas para investigações futuras no contexto do trabalho desenvolvido ao longo do ano letivo na Unidade Curricular Dissertação.

2. Revisão da Literatura

2.1 Saúde Mental no Período Perinatal

O período perinatal, que se estende desde a gravidez até ao primeiro ano pós-parto, representa uma fase de maior vulnerabilidade para a saúde mental materna. Durante este período, as mulheres enfrentam desafios emocionais significativos, o que pode aumentar o risco de desenvolver dificuldades psicológicas, como sintomas de depressão, ansiedade e stresse (Reid et al., 2022; Gabriel & Mendes, 2023).

Estima-se que uma em cada dez mulheres experiencie depressão ao longo da vida (Falek et al., 2022; Silva, 2023). No entanto, no período perinatal, essa prevalência tende a ser superior, tornando a depressão uma das complicações psiquiátricas mais

frequentes entre as mulheres nesta fase (Yang et al., 2022; Silva, 2023). O nascimento de um filho, além de ser um marco significativo, acarreta mudanças substanciais e novas responsabilidades, podendo tornar-se um desafio emocional para muitas mães (Howard et al., 2014). A sobrecarga resultante pode dificultar o equilíbrio entre as exigências familiares e as necessidades individuais, impactando negativamente a saúde mental materna (Vogel et al., 2024).

A depressão perinatal é descrita pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5-TR; *American Psychiatric Association [APA]*, 2023) como um episódio depressivo major que ocorre durante a gravidez ou até quatro semanas após o parto. No entanto, alguns autores consideram que esse período pode estender-se até aos 12 meses pós-parto, dada a vulnerabilidade emocional que persiste ao longo do primeiro ano de vida do bebé (Dagher et al., 2021; Silva, 2023).

É essencial distinguir a depressão perinatal de outras condições, como o *baby blues*, uma alteração emocional transitória que afeta entre 50% e 85% das mães no período pós-parto (Osborne, 2023). O *baby blues* manifesta-se nos primeiros dias após o parto, com sintomas como oscilações de humor, irritabilidade, choro fácil e ansiedade, sendo atribuído a flutuações hormonais. Normalmente, esta condição tende a resolver-se espontaneamente em até duas semanas, à medida que os níveis hormonais se estabilizam (Van Niel & Payne, 2020; *American Pregnancy Association*, 2023). Embora seja um fenómeno transitório e sem impacto significativo na funcionalidade materna, a sua identificação é importante, uma vez que pode ser um fator de risco para a depressão pós-parto em mulheres mais vulneráveis.

A depressão pós-parto tende a surgir entre as primeiras seis semanas e os doze meses após o nascimento do bebé, afetando entre 6.5% e 20% das mulheres, sendo mais prevalente entre mães adolescentes e de bebés prematuros (Mugha et al., 2022). Esta condição representa um problema de saúde pública global, com uma prevalência estimada de uma em cada sete mulheres no primeiro ano após o parto (APA, 2022; Netsi et al., 2018). Entre os fatores de risco, destacam-se antecedentes de depressão

e diabetes, que aumentam em 70% a probabilidade de desenvolvimento da doença (Hinkle et al., 2016).

A depressão pós-parto tem consequências abrangentes, afetando não apenas a saúde mental da mãe, mas também a vinculação mãe-bebé, o desenvolvimento infantil e a dinâmica familiar. Além disso, representa um custo económico significativo para os sistemas de saúde (Epperson et al., 2020; Luca et al., 2020; Gedzyk-Nieman, 2021). Os sintomas incluem humor deprimido, falta de energia, ambivalência em relação ao bebé e, em casos graves, pensamentos de automutilação (APA, 2013; Stewart & Vigod, 2016). As consequências da depressão materna na criança podem incluir prejuízos na capacidade cognitiva, no desenvolvimento da linguagem e do comportamento (Yang et al., 2018; Silva et al., 2023), além de estar associada a desfechos neonatais adversos (Hermon et al., 2018), complicações obstétricas (Bartel et al., 2017) e dificuldades de ajustamento social e emocional na mãe (Mikšić et al., 2017; Silva et al., 2023).

Além da depressão, outras perturbações emocionais, como a ansiedade e o stress, são frequentes no período pós-parto, especialmente quando associadas a complicações obstétricas, como partos prematuros (Sanchez et al., 2013) e cesarianas (Rubertsson et al., 2014). Estas condições comprometem o bem-estar materno e podem dificultar o estabelecimento de um vínculo seguro com o bebé, interferindo no seu desenvolvimento emocional (Howard & Khalifeh, 2020).

A ansiedade é um estado emocional inerente à experiência humana, que envolve componentes psicológicos e fisiológicos. Situações adversas ou desagradáveis podem gerar desequilíbrio interno no organismo, desencadeando respostas biológicas e comportamentais face ao fator stress. Neste sentido, reconhece-se que o stress desempenha um papel central no desenvolvimento das perturbações de ansiedade. Os sintomas ansiosos são, de facto, dos mais comuns em saúde mental e podem manifestar-se em diferentes fases da vida, sendo que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade comparativamente aos homens (Vieira et al., 2009; Cataño, 2012).

A ansiedade perinatal tem sido particularmente associada a impactos negativos nos comportamentos parentais, comprometendo a interação mãe-bebê e a qualidade dos cuidados maternos (Dennis et al., 2017; Kucharska, 2021). Para além disso, as alterações físicas e hormonais próprias da gravidez podem contribuir para uma maior instabilidade emocional. Evidências sugerem ainda que níveis elevados de ansiedade materna, nas fases pré e pós-natal, se encontram associados a complicações obstétricas, tais como hemorragia vaginal, ameaça de aborto e défices no desenvolvimento fetal (Correia & Linhares, 2007; Cataño, 2012). Paralelamente, fatores socioeconómicos desfavoráveis, como baixos rendimentos, podem intensificar os sintomas de ansiedade e stress materno, ao limitarem o acesso a cuidados de saúde e a recursos essenciais, incluindo educação e habitação (Segre et al., 2007).

2.2 Vinculação Segura e Sentimentos de Proximidade e Ligação Social

A vinculação materno-infantil é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que dizem respeito não apenas à mãe, mas também ao pai e ao bebê (Lélis, 2013). O sistema de vinculação materno desenvolve-se em interação contínua com o sistema de vinculação do bebê, sendo decisivo para o desenvolvimento emocional da criança (George & Solomon, 1999; Figueiredo, 2001; Lélis, 2013). Assim, a qualidade das interações estabelecidas entre a mãe e o bebê, particularmente a consistência e sensibilidade das respostas maternas, é fundamental para a regulação emocional da criança.

De acordo com o modelo da vinculação do adulto proposto por Mikulincer e Shaver (2007), a forma como a mãe interpreta os sinais do bebê e regula a sua própria resposta emocional depende dos seus modelos internos de funcionamento (do inglês, *internal working models*), i.e. representações mentais acerca do eu e dos outros, que são desenvolvidos ao longo das suas experiências precoces com figuras de vinculação. Estes modelos moldam a perceção de ameaça, a avaliação da disponibilidade do outro e a viabilidade da procura de proximidade. Assim, uma mãe com um estilo de vinculação

seguro tenderá a interpretar as necessidades do bebé de forma menos ameaçadora, ativando o sistema de vinculação de forma adaptativa, o que favorece a responsividade sensível. Por outro lado, mães com vinculações inseguras podem apresentar distorções cognitivas e emocionais que dificultam a resposta adequada às exigências relacionais do bebé (Carvalho, 2014).

Existe, assim, uma relação recíproca no sistema de vinculação. Quando as figuras de vinculação se mostram consistentemente disponíveis, sensíveis e eficazes às necessidades da criança, esta tende a desenvolver um sentimento de segurança. Estas características percebidas dos outros, para além de favorecerem a construção de representações positivas dos outros, permitem que a procura de proximidade seja percebida como uma forma de regulação emocional. É também através deste contacto inicial com as figuras de vinculação que surgem as representações positivas do eu, através da internalização das experiências emocionais de segurança e afeto, que as relações com a figura de vinculação transmitem (Mikulincer & Shaver, 2004; Carvalho, 2014).

Embora o sistema de vinculação tenha a sua expressão mais significativa na infância, este mantém-se ativo ao longo da vida, influenciando as expectativas, emoções e comportamentos em todas as relações próximas (Bowlby, 1988). Assim, a vinculação da mãe ao seu próprio bebé não resulta apenas da interação direta com ele, mas também da forma como ela representa e experiencia emocionalmente o vínculo, à luz da sua própria história relacional.

Os sentimentos de proximidade e ligação aos outros referem-se à percepção subjetiva de pertença a uma rede de relações sociais seguras, afetuosas e disponíveis (Gilbert et al., 2009), sendo considerados um componente central do sistema de vinculação. Estes sentimentos têm sido associados à promoção da saúde mental e do bem-estar emocional. Investigações anteriores demonstram que níveis elevados deste construto estão significativamente relacionados com menores níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade, vergonha e isolamento (Kelly et al., 2012; Matos et al., 2015; Gilbert et al., 2009). Inversamente, baixos níveis de ligação social estão frequentemente

associados a traços de autocrítica, insegurança interpessoal e estratégias desadaptativas de regulação emocional (Matos & Pinto-Gouveia, 2010), o que pode ter implicações relevantes no exercício da parentalidade.

2.3 Vergonha, Culpa no cuidar e Saúde Mental Materna

O período pós-parto pode ser acompanhado por desafios emocionais que frequentemente geram sentimentos de vergonha e de culpa, sobretudo quando as mães se percebem como julgadas ou insatisfeitas com o seu desempenho materno (Zero to Three, 2016). A vergonha, associada a uma avaliação negativa da identidade pessoal, e a culpa, relacionada com a autocrítica dirigida a comportamentos específicos, têm sido identificadas como emoções centrais neste período. Estudos indicam que a presença destas experiências emocionais está associada a indicadores de psicopatologia, contribuindo para o desenvolvimento de estados ansiosos e depressivos no pós-parto (Matos et al., 2013). A preocupação excessiva com a saúde e o bem-estar do bebé, aliada à insegurança quanto à capacidade de cuidar, pode intensificar sentimentos de culpa, resultando em fadiga e sofrimento psicológico significativo (Pereira, 2016; Semedo, 2018).

Para compreender de forma mais aprofundada o papel destas emoções no contexto da parentalidade, importa considerar as definições clássicas de vergonha e de culpa. A vergonha é descrita como uma emoção dolorosa, associada a uma perceção do self como inadequado, defeituoso ou inferior (Gilbert, 1997; Salgueiro, 2015), intimamente ligada à mentalidade de ranking social (Gilbert, 2005; Salgueiro, 2015). Caracteriza-se por um sentimento de escrutínio por parte dos outros, conduzindo a uma preocupação exagerada com a opinião alheia e à adoção de comportamentos defensivos, frequentemente de natureza submissa (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert et al., 1995; Gilbert, 1997, 1998, 2004; Lewis, 1971; McEwan et al., 2012; Salgueiro, 2015; Tangney & Dearing, 2002). Em contraste, a culpa é geralmente considerada menos dolorosa, na medida em que incide sobre um comportamento específico, distinguindo-se do autoconceito. Engloba sentimentos de tensão, remorso e arrependimento pela

transgressão, acompanhados da ruminação sobre o ato cometido e do desejo de agir de forma diferente ou de reparar o ocorrido (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002; Salgueiro, 2015). Esta distinção conceptual revela-se particularmente relevante no período pós-parto, já que a vergonha tende a emergir associada a sentimentos de inadequação materna, enquanto a culpa se centra em falhas percebidas em comportamentos concretos de cuidado.

O modelo dos sistemas de regulação do afeto proposto por Gilbert (2004, 2015) oferece um enquadramento útil para compreender a relação entre vergonha, culpa e sentimentos de proximidade social. Este modelo descreve três sistemas emocionais principais: (i) o sistema de ameaça e autoproteção, associado à deteção de perigo e a emoções como vergonha e culpa, que desencadeiam respostas defensivas de evitamento, submissão ou autocrítica (Gilbert, 2007; Wilson et al., 2006); (ii) o sistema de incentivo e procura de recursos, orientado para a motivação e conquista de objetivos; e (iii) o sistema de calma e segurança, ativado em contextos interpessoais de aceitação e cooperação, promovendo sentimentos de tranquilidade, pertença e ligação social (Gilbert, 2009; Kelly et al., 2012). Assim, enquanto a vergonha e a culpa no cuidar podem ser entendidas como expressões do sistema de ameaça, os sentimentos de proximidade e ligação aos outros constituem manifestações do sistema de segurança, desempenhando um papel protetor na regulação emocional e na saúde mental materna.

Apesar da vasta investigação sobre a depressão perinatal e a vinculação materna, há aspetos que permanecem pouco explorados. A maioria dos estudos centra-se na identificação dos fatores de risco associados ao desenvolvimento e manutenção da depressão e ansiedade no período pós-parto. No presente estudo pretende-se estudar os indicadores de desajustamento psicológico, especificamente sintomas de depressão, ansiedade e stress. Além disso, a influência de emoções autoconscientes, como vergonha e culpa, tem sido pouco explorada no contexto da maternidade, apesar de estudos indicarem que estas emoções podem influenciar a sintomatologia ansiosa, depressiva e de stress, e consequentemente impactar negativamente na adaptação materna (Jackson et al., 2023; Jackson et al., 2024).

2.4 Objetivo do presente Estudo

O presente estudo tem dois objetivos: (i) estudar a relação entre as representações de vinculação, a vergonha e culpa no cuidar, os sentimentos de segurança e proximidade com os outros e o desajustamento psicológico (i.e., sintomas de depressão, ansiedade e stress); e (ii) analisar o contributo das representações de vinculação, da vergonha e culpa no cuidar, e dos sentimentos de segurança e proximidade na relação com os outros para explicar os sintomas de depressão, ansiedade e stress nas mães durante o pós-parto.

Com base na literatura, espera-se que as representações de vinculação, os sentimentos de vergonha e culpa no cuidar, bem como os sentimentos de segurança e proximidade nas relações interpessoais, se constituam como fatores relevantes na explicação dos sintomas de desajustamento psicológico no pós-parto. Assim, formulam-se três hipóteses principais: (1) as representações de vinculação insegura (particularmente a vinculação ansiosa), a vergonha e a culpa no cuidar associam-se positivamente aos sintomas de depressão, ansiedade e stress; (2) os sentimentos de conforto com a proximidade e confiança nos outros (avaliadas pela Escala de Vinculação do Adulto) e os sentimentos de proximidade e segurança nas relações interpessoais (avaliados pela Escala de Proximidade e Ligação com os Outros) associam-se negativamente aos sintomas psicopatológicos; e (3) estas variáveis emocionais e relacionais contribuem significativamente para a predição dos níveis de depressão, ansiedade e stress em mães no período pós-parto.

3. Método

3.1 Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 55 mulheres adultas em período pós-parto, com pelo menos um filho ($M = 1.27$; $DP = 0.45$). Estas mães apresentam, idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos ($M = 33.47$; $DP = 5.86$).

No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes encontra-se casada ou em união de facto (80%; $n = 44$), enquanto uma minoria de 20% é solteira ($n = 11$). Relativamente ao nível de escolaridade revela um perfil académico globalmente elevado: 30.9% possuem Licenciatura ($n = 17$), 29,1% completaram o Ensino Secundário (10^o–12^o anos; $n = 16$), 27.3% têm Mestrado ($n = 15$), 5.5% frequentaram o Curso Técnico Superior Profissional ($n = 3$) e por fim, 3.6% concluíram o Doutoramento e o Ensino básico ($n = 2$).

Em termos de situação profissional, 87.3% das participantes encontrava-se empregada aquando da recolha de dados ($n = 48$), 7.3% das participantes encontram-se desempregadas ($n = 4$), 1.8% das participantes são estudantes ($n = 1$), sendo que apenas 3.6% ($n = 2$) reportaram outra situação profissional. Quanto à licença de maternidade, 50.9% das participantes ($n = 28$) referiram estar a usufruir desse direito no momento da recolha.

3.2 Procedimentos

Este estudo foi conduzido por diversas etapas a fim de assegurar o cumprimento das normas éticas e metodológicas aplicáveis. Inicialmente, foi submetido um pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Portucalense, garantindo que o estudo está em conformidade com os princípios éticos vigentes. Paralelamente, foi requerida a autorização formal dos autores dos instrumentos utilizados, de modo a respeitar os direitos de propriedade intelectual. Após a aprovação ética e a obtenção das autorizações necessárias, foi elaborado e disponibilizado o Termo de Consentimento Informado, no qual foram esclarecidos os objetivos do estudo. Todas as participantes foram informadas acerca do carácter voluntário da sua participação, da confidencialidade e do anonimato das respostas.

Os critérios de inclusão deste estudo incluem: as participantes deverão ter idade igual ou superior a 18 anos, estar no período pós-parto, ter filho(s) com idade igual ou inferior a um ano e demonstrar disponibilidade e interesse em colaborar com a investigação, mediante o preenchimento de questionários online. Serão excluídas da

amostra as mães que não satisfaçam os critérios de inclusão, nomeadamente aquelas com idade inferior a 18 anos, cujos filho(s) tenham mais de um ano ou que já não se encontrem no período pós-parto.

A recolha de dados foi efetuada por meio de amostragem não probabilística, utilizando o método por conveniência, sendo uma estratégia adequada para alcançar populações específicas – neste caso, mães no período pós-parto – permitindo que as participantes iniciais encaminhem o estudo a outras potenciais interessadas. A divulgação foi realizada por meio de redes sociais e grupos de apoio a mães, onde foi disponibilizado o link para o questionário online. Os dados foram recolhidos através da plataforma *LimeSurvey*.

Foi realizada uma análise de poder a priori pelo G*Power que determinou que, para uma regressão linear múltipla com um tamanho do efeito moderado ($f^2 = 0.15$), um nível de significância de .05 e um poder estatístico de .95, seriam necessários 146 participantes. O valor crítico de F foi 2,1644, e o poder estatístico real obtido foi de .95, garantindo uma elevada probabilidade de detetar efeitos significativos no modelo.

3.3 Instrumentos

Foram recolhidos dados sociodemográficos das mães no período pós-parto, com filho(s) até um ano de idade, onde consta a idade, o estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, licença parental e o número e idade do(s) filho(s).

Escala de Vinculação do Adulto

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) foi adaptada para a população portuguesa por Canavarro, Dias e Lima (2006), com base na *Adult Attachment Scale* desenvolvida por Collins e Read (1990). Trata-se de uma escala de autorrelato que avalia a forma como o indivíduo se relaciona nas suas ligações afetivas, nomeadamente no que diz respeito ao medo de rejeição, à capacidade de confiar nos outros e ao conforto com a intimidade. É composta por 18 itens, distribuídos por três

dimensões: Ansiedade (e.g., “*Costumo preocupar-me com a possibilidade de os meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.*”), Confiança nos Outros (e.g., “*Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.*”) e Conforto com a Proximidade (e.g., “*Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.*”), com 6 itens cada. A resposta é dada numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1 = *Nada característico em mim*; 5 = *Extremamente característico em mim*). Algumas dimensões incluem itens formulados de forma inversa, sendo necessária a recodificação dos valores para garantir a coerência na interpretação dos resultados. O cálculo da pontuação final de cada dimensão é feito através da média dos respetivos itens. No estudo de validação português, a escala apresentou bons indicadores de consistência interna para a dimensão Ansiedade ($\alpha = .84$), e valores mais moderados para as dimensões Conforto com a Proximidade ($\alpha = .67$) e Confiança nos Outros ($\alpha = .54$), o que reforça a necessidade de complementar a interpretação com outras fontes de informação.

No presente estudo obtiveram-se valores de consistência interna aceitáveis para a subescala Confiança nos Outros ($\alpha = .62$) e subescala Conforto com a Proximidade ($\alpha = .64$). Embora estes valores estejam abaixo do ideal, podem ser considerados aceitáveis em certos contextos das ciências sociais, desde que a interpretação dos resultados seja realizada com cautela e enquadrada no contexto específico da investigação (DeVellis, 1991). A subescala Ansiedade apresentou um valor de $\alpha = .86$, refletindo uma fiabilidade elevada dos itens que a constituem.

Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar Parental

A Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar Parental (EVCCP) é uma medida de autorrelato que avalia as emoções autoconscientes de vergonha e culpa associadas à prestação de cuidados parentais. Baseia-se na versão original de Martin et al. (2006), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Matos e Pinto-Gouveia (2009) e validada por Salgueiro e Castilho (2015), e posteriormente utilizada e aprofundada por Araújo (2021) no contexto da parentalidade. A EVCCP é composta por 12 itens organizados em duas subescalas: Vergonha e Culpa. A subescala de Vergonha (6 itens; e.g., “Sinto que tenho que corresponder às expectativas das outras pessoas”),

avalia sentimentos como autocrítica, medo da crítica e sensação de inadequação, enquanto a subescala de Culpa (6 itens; e.g., “Sinto que é minha responsabilidade cuidar do meu familiar”), reflete sentimentos de arrependimento, medo de causar sofrimento ao outro e um forte sentido de responsabilidade. Os itens são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (0 = *Não habitual em mim*; 4 = *Extremamente habitual em mim*). No presente estudo, as instruções da escala foram adaptadas com base na versão de Araújo (2021), de modo a focar os sentimentos dos cuidadores especificamente em relação aos cuidados prestados ao seu bebé. Esta adaptação teve como objetivo garantir a adequação semântica e contextual dos itens à população-alvo, assegurando simultaneamente a fidelidade conceptual da medida. A EVCCP na versão Portuguesa (Araújo, 2021) apresenta excelentes propriedades psicométricas, com valores de consistência interna de $\alpha = .91$ na subescala de Vergonha e $\alpha = .92$ na subescala de Culpa. No âmbito do presente estudo, a EVCCP revelou uma consistência interna adequada quer para a subescala de Vergonha, com um valor de $\alpha = .88$ quer para a subescala de Culpa, que apresentou um valor de $\alpha = .81$.

Escala de Proximidade e Ligação com Outros

A Escala de Proximidade e Ligação com os Outros (EPLO) foi desenvolvida por Gilbert et al. (2009) e adaptada para a população portuguesa por Dinis et al. (2009). É uma escala de autorrelato que avalia a perceção do indivíduo sobre o seu meio social como seguro, caloroso e acolhedor. Os 11 itens que a compõem traduzem sentimentos de pertença, aceitação, suporte e tranquilidade nas relações interpessoais, refletindo a capacidade de se sentir emocionalmente ligado aos outros e envolvido em relações sociais positivas. As respostas são dadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Quase nunca*; 5 = *Quase sempre*), permitindo avaliar a frequência com que o indivíduo experiêcia sentimentos de proximidade social. Uma pontuação mais elevada indica maior perceção de segurança e conforto nas relações sociais. A versão portuguesa apresenta excelente consistência interna, com $\alpha = .93$, e valores semelhantes aos do estudo original ($\alpha = .91$), demonstrando validade para a avaliação do sentimento de ligação interpessoal. No presente estudo, obteve-se um coeficiente de $\alpha = .93$, o que traduz uma consistência interna muito elevada.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) é uma medida de autorrelato desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). É composta por 21 itens organizados em três subescalas com 7 itens cada, que avaliam, respetivamente, sintomas de depressão (e.g., perda de autoestima, desmotivação), ansiedade (e.g., sensação de medo, inquietação) e stress (e.g., tensão, dificuldade de relaxamento). Os participantes avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de Likert de 4 pontos (0 = *não se aplicou nada a mim*; 1 = *aplicou-se a mim algumas vezes*; 2 = *aplicou-se a mim de muitas vezes*; 3 = *aplicou-se a mim a maior parte das vezes*; Pais-Ribeiro et al., 2004). A versão portuguesa demonstrou boas propriedades psicométricas, com coeficientes de consistência interna de $\alpha = .85$ (Depressão), $\alpha = .74$ (Ansiedade) e $\alpha = .81$ (Stress). No presente estudo, todas as suas subescalas apresentaram níveis elevados de consistência interna: $\alpha = .89$ para a subescala Ansiedade, $\alpha = .90$ para a subescala Depressão e $\alpha = .92$ para a subescala Stress.

3.4 Análise de Dados

A análise de dados foi realizada através do software SPSS IBM *Statistics* (*Statistical Package for the Social Sciences*; versão 29). Recorreu-se às análises de correlações de Pearson entre as variáveis em estudo. A interpretação da magnitude das correlações seguiu as orientações propostas por Pestana e Gageiro (2008), segundo as quais valores de r inferiores a .19 indicam correlação muito baixa; valores entre .20 e .39 correspondem a correlação baixa; valores entre .40 e .69 indicam correlação moderada; valores entre .70 e .89 correspondem a correlação elevada; e valores iguais ou superiores a .90 indicam correlação muito elevada.

Realizaram-se três análises de regressão linear múltipla para cada variável dependente (i.e., sintomas de ansiedade, depressão e stress), pelo método hierárquico por blocos, onde no primeiro bloco foram introduzidas as variáveis de vinculação

(medido pelo EVA), num segundo bloco foi introduzida a variável sentimentos de segurança e proximidade (medido pelo EPLO), e finalmente, no terceiro bloco foram incluídas as emoções autoconscientes de vergonha e culpa no cuidar parental (medidas pelo EVCCP). Esta estratégia permitiu avaliar o impacto incremental de cada conjunto de variáveis na predição dos indicadores de desajustamento psicológico (depressão, ansiedade e stress) de forma a responder aos objetivos de investigação.

4. Resultados

4.1. Análise Preliminar dos Dados

No que diz respeito à análise do pressuposto de normalidade, verificou-se que todas as variáveis apresentam valores de assimetria (Sk) e curtose (Ku) dentro dos valores considerados aceitáveis ($Sk < 3$ e $Ku < 8$; ver Tabela 1), de acordo com os critérios de Kline (2005). Na Tabela 1 são também apresentados os valores mínimos e máximos, médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Em relação aos pressupostos das regressões linear múltiplas, os pressupostos da independência dos resíduos e da ausência de multicolinearidade foram verificados. Os valores de Durbin-Watson situaram-se entre 1 e 3, e os valores de VIF foram inferiores a 5, e os de Tolerância foram superiores a 0.2, confirmando que os pressupostos de independência dos erros e de independência entre preditores estão assegurados.

Tabela 1

Valores de assimetria (Sk) e curtose (Ku), valores mínimos ($Min.$) e máximos ($Máx.$), média (M) e desvio-padrão (DP) para as variáveis em estudo ($N = 55$)

Variáveis	<i>SK</i>	<i>Ku</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ansiedade (EVA)	0.42	- 0.18	1	4	2.27	0.81
Conforto (EVA)	- 0.26	0.55	2	5	3.60	0.56
Confiança (EVA)	- 0.24	- 0.82	2	5	3.68	0.61

Sentimentos de segurança (EPLO)	- 0.15	- 0.43	2	5	3.59	0.79
Culpa (EVCCP)	- 0.77	0.12	0	4	2.64	0.94
Vergonha (EVCCP)	0.08	- 1.06	0	4	1.88	0.97
Depressão (DASS)	1.86	3.99	0	3	0.51	0.59
Ansiedade (DASS)	1.24	0.43	0	2	0.53	0.64
Stress (DASS)	0.70	- 0.19	0	3	1.16	0.72

4.2. Estudo de correlações de Pearson entre as variáveis em análise

Na Tabela 2 são apresentadas as correlações de Pearson entre as representações de vinculação (medidas pela EVA), os sentimentos de segurança e proximidade social (medidos pelo EPLO), a vergonha e culpa no cuidar (medidas pela EVECCP) e os sintomas de depressão, ansiedade e stress (medidos pelo EADS-21).

Conforme apresentado na Tabela 2, os resultados mostram que a representação de vinculação ansiosa apresenta correlações negativas e de magnitude moderada com os sentimentos de segurança e com a confiança nos outros, bem como uma correlação negativa de magnitude baixa com o conforto na proximidade. Por outro lado, verifica-se que a vinculação ansiosa apresenta uma correlação positiva moderada com a vergonha e uma correlação positiva de magnitude baixa com a culpa no cuidar do bebê.

Adicionalmente, a representação de vinculação ansiosa tem correlações positivas, de forma moderada, com os sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Em relação às representações de vinculação de conforto com a proximidade e a confiança nos outros, ambas estão positivamente correlacionadas com os sentimentos de segurança. No que diz respeito às emoções autoconscientes, o conforto com a proximidade apresentou uma correlação negativa de baixa magnitude com a vergonha, enquanto a confiança nos outros apresentou uma correlação negativa moderada com a vergonha e uma correlação negativa de baixa magnitude com a culpa. Já a associação entre conforto com a proximidade e culpa não é estatisticamente significativa. Para além disso, apresentam correlações negativas de magnitude moderada com os sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Relativamente aos sentimentos de segurança e proximidade com os outros, existe uma correlação negativa significativa, de magnitude baixa, com a vergonha no cuidar, mas não com a culpa no cuidar. Para além disso, os sentimentos de segurança apresentam correlações negativas de magnitude moderada com os sintomas de depressão, ansiedade e stress, indicando que níveis mais elevados de segurança se associam a uma menor sintomatologia.

Por fim, em relação às dimensões de vergonha e culpa no cuidar, os resultados mostram que estas se encontram positivamente correlacionadas entre si, com uma correlação de magnitude elevada. A vergonha apresenta correlações positivas e de magnitude moderada com a depressão, ansiedade e stress. A culpa no cuidar está positivamente associada à depressão, ansiedade e stress, com magnitudes que variam entre baixas e moderada.

Tabela 2*Correlações de Pearson das variáveis em estudo (N = 55)*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ansiedade (EVA)	—								
2. Conforto com a proximidade	-.359**	—							
3. Confiança nos outros	-.676**	.370**	—						
4. Sentimentos de segurança	-.534**	.574**	.462**	—					
5. Culpa	.350**	-.185	-.323*	-.156	—				
6. Vergonha	.611**	-.340*	-.444**	-.370**	.799**	—			
7. Depressão	.583**	-.370**	-.441**	-.408**	.402**	.533**	—		
8. Ansiedade	.494**	-.354**	-.389**	-.418**	.305*	.425**	.803**	—	
9. Stress	.547**	-.418**	-.503**	-.341*	.434**	.609**	.761**	.720**	—

Nota. **p < .01; * p < .05

4.3. Estudo dos preditores dos sintomas de ansiedade, depressão e stress

Com o objetivo de compreender o contributo dos preditores (particularmente, as representações de vinculação, a vergonha e culpa no cuidar, e os sentimentos de segurança e proximidade com os outros) na explicação da sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress no pós-parto, foram realizadas três regressões lineares múltiplas, uma para cada dimensão da variável critério (especificamente, sintomas de ansiedade, depressão, e stress).

Os resultados da primeira regressão para prever os sintomas de ansiedade mostram que o primeiro modelo é estatisticamente significativo $F(3, 50) = 6.51, p < .001$, explicando 28.1% da variância dos sintomas de ansiedade. O segundo modelo, com a introdução dos sentimentos de segurança, revela-se estatisticamente significativo, $F(4, 49) = 5.05, p < .002$, passando a explicar 29.2% da variância dos sintomas. O terceiro modelo, quando introduzidas a vergonha e a culpa no cuidar, demonstra ser estatisticamente significativo, $F(6, 47) = 3.59, p < .005$, explicando 31.4% da variância. No entanto, quando analisados os coeficientes de regressão apenas no primeiro modelo existe um preditor com significância estatística que é a representação da vinculação ansiosa (ver Tabela 3).

Tabela 3

Resultados da regressão linear múltipla para a variável critério sintomas de ansiedade (N = 55)

Modelo	Preditores	R^2	β	t	p
1		.281			.001

	Vinculação - Ansiedade	0.39	2.33	.024
	Conforto com a proximidade	-0.19	-1.48	.144
	Confiança nos outros	-0.05	-0.32	.751
2		.292		.002
	Vinculação - Ansiedade	0.34	1.98	.054
	Conforto com a proximidade	-0.13	-0.90	.373
	Confiança nos outros	-0.04	-0.24	.811
	Sentimentos de segurança	-0.14	-0.87	.390
3		.314		.005
	Vinculação - Ansiedade	0.29	1.44	.158
	Conforto com a proximidade	-0.11	-0.74	.465

Confiança nos outros	-0.02	-0.09	.932
Sentimentos de segurança	-0.16	-0.96	.343
Culpa	0.12	-0.55	.584
Vergonha	0.06	0.24	.808

Relativamente aos resultados da segunda regressão para predizer os sintomas depressivos, o primeiro modelo mostra que é estatisticamente significativo, $F(3, 50) = 9.77$, $p < .001$, explicando 37% da variância dos sintomas de depressão. O segundo modelo com a introdução dos sentimentos de segurança, é estatisticamente significativo $F(4, 49) = 7.23$, $p < .001$, explicando 37.1% da variância dos sintomas. O mesmo se verifica em relação ao terceiro modelo quando introduzidas a vergonha e a culpa no cuidar $F(6, 47) = 5.70$, $p < .001$, explicando 42.1% da variância dos sintomas. Quando analisados os coeficientes de regressão dos preditores, verifica-se que nos três modelos o preditor que se revelou significativo dos sintomas depressivos é a representação da vinculação ansiosa (ver Tabela 4).

Tabela 4

Resultados da regressão linear múltipla para a variável critério sintomas depressivos (N = 55)

Modelo	Preditores	R^2	β	t	p
1		.370			.001
	Vinculação - Ansiedade		.491	3.16	.003

	Conforto com a proximidade		-.178	-1.45	.153
	Confiança nos outros		-.040	-0.26	.799
2		.371			.001
	Vinculação - Ansiedade		.475	2.90	.006
	Conforto com a proximidade		-.155	-1.11	.273
	Confiança nos outros		-.035	-0.22	.825
	Sentimentos de segurança		-.052	-0.34	.735
3		.421			.001
	Vinculação - Ansiedade		.381	2.08	.043
	Conforto com a proximidade		-.120	-0.87	.390
	Confiança nos outros		.000	0.00	.998
	Sentimentos de segurança		-.075	-0.50	.621
	Culpa		.155	0.80	.428
	Vergonha		.116	0.51	.616

Por fim, no que diz respeito aos resultados da terceira regressão a predizer os sintomas de stress, o primeiro modelo mostra que é estatisticamente significativo, $F(3, 50) = 9.96, p < .001$, explicando 37.4% da variância dos sintomas de stress. O segundo modelo com a introdução dos sentimentos de segurança, é estatisticamente significativo $F(4, 49) = 7.49, p < .001$, explicando 37.9% da variância dos sintomas. O terceiro modelo, quando introduzidas a vergonha e a culpa no cuidar, demonstra ser estatisticamente significativo, $F(6, 47) = 7.11, p < .001$. Assim, o último modelo, com o conjunto das variáveis independentes, explica 47.6% da variância dos sintomas de stress. A partir da avaliação dos preditores através dos coeficientes de regressão, verificando-se que no primeiro modelo a representação de vinculação ansiosa é o preditor significativo; e que no segundo modelo a vinculação ansiosa mantém-se uma preditora significativamente robusta na explicação dos sintomas de stress (ver tabela 5). No terceiro modelo, com a introdução da vergonha e culpa no cuidar, a representação de vinculação ansiosa perde o seu poder preditivo e a vergonha encontra-se no limiar da significância.

Tabela 5

Resultados da regressão linear múltipla para a variável critério sintomas de stress (N = 55)

Modelo	Preditores	R^2	β	t	p
1		.374			.001
	Vinculação - Ansiedade		.335	2.16	.035
	Conforto com a proximidade		-.226	-1.85	.070
	Confiança nos outros		-.191	-1.23	.225
2		.379			.001

	Vinculação - Ansiedade	.366	2.25	.029
	Conforto com a proximidade	-.268	-1.93	.060
	Confiança nos outros	-.200	-1.28	.208
	Sentimentos de segurança	.098	0.65	.521
3	.476			.001
	Vinculação - Ansiedade	.154	0.88	.383
	Conforto com a proximidade	-.206	-1.56	.126
	Confiança nos outros	-.186	-1.24	.222
	Sentimentos de segurança	.091	0.63	.529
	Culpa	-.037	-0.20	.843
	Vergonha	.426	1.96	.056

5. Discussão

Apesar do crescente interesse na investigação sobre a saúde mental materna no período pós-parto, persistem algumas lacunas relevantes. A maioria dos estudos foca-se na sintomatologia depressiva ou ansiosa de forma isolada e na identificação de fatores de risco amplos, negligenciando a influência de variáveis relacionais e

emocionais mais específicas, como a vinculação, os sentimentos de vergonha e culpa no cuidar e os sentimentos de segurança nas relações. O presente estudo procurou colmatar estas limitações, analisando, de forma integrada, o papel destas dimensões emocionais e relacionais na explicação dos sintomas de depressão, ansiedade e stress em mães no período pós-parto. Assim, o contributo do presente estudo reside na possibilidade de ampliar a compreensão dos mecanismos psicológicos e emocionais que fragilizam ou protegem a saúde mental materna, fornecendo pistas relevantes para o desenvolvimento de intervenções mais dirigidas e sensíveis ao contexto relacional das mães.

Os resultados obtidos nas correlações destacam a centralidade da dimensão da vinculação ansiosa, o que é consistente com os desenvolvimentos recentes da Teoria da Vinculação do Adulto, que considera esta dimensão, juntamente com o evitamento, como um dos principais discriminadores das diferenças individuais (Brennan et al., 1998; Canavarro et al., 2014; Collins & Feeney, 2000; Fraley & Waller, 1998). Esta evidência confirma os resultados do presente estudo, que sublinha o papel das representações de vinculação insegura, nas quais a ansiedade se revela particularmente relevante. Observou-se que as mulheres com uma representação de vinculação ansiosa tendem a reportar níveis mais elevados de sentimentos de culpa e vergonha no cuidar do bebé, o que, por sua vez, se relaciona com um maior desajustamento psicológico no período pós-parto. Nos resultados das regressões lineares múltiplas, a vinculação ansiosa também foi o preditor mais consistente dos sintomas de desajustamento psicológico (particularmente sintomas de ansiedade e de depressão). Estes resultados parecem, assim, sugerir que mães que experienciam maior insegurança nas suas relações interpessoais, marcada por receio de rejeição e necessidade de proximidade excessiva, tendem a apresentar níveis superiores de sofrimento psicológico. Estes resultados estão em consonância com a literatura (Mikulincer & Shaver, 2007), que associa estilos de vinculação inseguros a dificuldades de regulação emocional e uma maior vulnerabilidade psicopatológica no período perinatal.

Por outro lado, os resultados mostram que as mulheres com representações de vinculação de conforto com a proximidade e confiança nos outros, tendem a reportar

sentimentos de segurança com os outros e menores sintomas de ansiedade, depressão e stress. Enquanto a vinculação de conforto com a proximidade apenas se relaciona negativamente com a vergonha no cuidar, a vinculação de confiança nos outros correlaciona-se negativamente com a vergonha e a culpa no cuidar. Por outro lado, os sentimentos de proximidade e ligação aos outros, apesar de mostrarem correlações negativas com os sintomas psicopatológicos, não se revelaram preditores significativos nos modelos de regressão. Adicionalmente, os resultados das regressões múltiplas mostram que, ao contrário do esperado, a vergonha e culpa no cuidar não se revelaram significativas na explicação dos sintomas psicopatológicos, à exceção da predição do stress, onde a vergonha no cuidar encontra-se no limiar da significância estatística.

A literatura aponta que a vergonha e a culpa são emoções autoconscientes associadas à autocrítica e à insegurança, fatores frequentemente implicados no sofrimento psicológico pós-parto. Alguns estudos mostram que os altos níveis de autocrítica têm sido consistentemente demonstrados como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Ehret et al., 2015; Zang et al., 2019; Beato et al., 2022). Esta discrepância entre os resultados das correlações e predições pode dever-se ao tamanho da amostra do presente estudo. Ainda assim, os dados corroboram a evidência de que mães que percecionam as suas relações interpessoais como seguras e acolhedoras tendem a experienciar menor sofrimento emocional (Gilbert et al., 2009; Kelly et al., 2012).

Apesar da importância dos resultados, o presente estudo apresenta limitações importantes. A principal diz respeito ao tamanho reduzido da amostra substancialmente inferior ao valor recomendado pela análise de poder ($n = 146$), o que pode comprometer a generalização dos resultados e reduzir o poder estatístico das análises. Além disso, trata-se de um estudo com um design transversal, o que impede o estabelecimento de relações causais entre variáveis. A amostragem não probabilística e o recurso à divulgação online também podem ter introduzido viés de seleção, favorecendo a participação de mães mais informadas ou motivadas para temas relacionados com saúde mental. Por fim, uma limitação adicional prende-se com o facto de a amostra incluir apenas mães. Embora o presente estudo tenha privilegiado a experiência

materna, a ausência da perspetiva paterna deixa de fora um conjunto relevante de desafios emocionais vividos pelos homens no contexto da parentalidade. A literatura demonstra que os pais também enfrentam desafios emocionais significativos no exercício da parentalidade, experienciando vergonha, culpa e sintomatologia psicológica semelhantes às mães (Barr, 2012; Barr, 2015; Caldwell et al., 2020; Chin et al., 2011; Domoney et al., 2023; Turner et al., 2020). Adicionalmente, há evidência de que os níveis de culpa paterna podem ser influenciados pela ansiedade e depressão materna, bem como pelo próprio stress do pai (Barr, 2012; Barr, 2015; Caldwell et al., 2020). A ausência desta perspetiva restringe, assim, uma análise mais abrangente e igualitária da parentalidade no período pós-parto. Futuras investigações deverão, por isso, procurar incluir participantes do sexo masculino e beneficiar da utilização de modelos teóricos que distingam conceptualmente vergonha e culpa, como o modelo de Gilbert (1998, 2002), de modo a clarificar os efeitos específicos de cada uma destas emoções na saúde psicológica (Caldwell et al., 2020).

6. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo examinar o contributo das representações de vinculação, da vergonha e da culpa no cuidar, bem como das perceções de proximidade e segurança interpessoal, para a compreensão dos sintomas de depressão, ansiedade e stress no período pós-parto. Os resultados confirmaram a relevância da vinculação ansiosa como preditor central do desajustamento psicológico, bem como a associação significativa entre emoções autoconscientes, nomeadamente a vergonha e a culpa, e a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress. Paralelamente, perceções positivas de proximidade, confiança e segurança nas relações interpessoais revelaram-se protetoras na vivência de menores níveis de vergonha e culpa no cuidar, sublinhando o papel dos recursos relacionais no bem-estar materno.

Apesar destes contributos, importa reconhecer limitações metodológicas, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra e a estratégia de amostragem por conveniência, com recurso a contactos pessoais e divulgação em redes sociais, o que poderá ter introduzido viés de seleção e limitado a generalização dos resultados. A

literatura tem, contudo, salientado a dificuldade na recolha de dados junto da população perinatal, frequentemente condicionada por sobrecarga de responsabilidades, constrangimentos emocionais e falta de disponibilidade, ainda assim, pesquisas futuras poderiam explorar diretamente o papel parental (Rokicki et al., 2025). Ainda assim, as estratégias utilizadas mostraram-se adequadas para garantir acessibilidade e viabilizar a participação neste estudo. No futuro, poderia ser relevante considerar estratégias de recolha mais integradas em contextos de saúde perinatal, como parcerias com hospitais ou consultas pré e pós-natais, de forma a aumentar a representatividade e minimizar o viés de seleção (Goldstein et al., 2021; Rokicki et al., 2025).

Esta investigação oferece contributos relevantes para a literatura sobre saúde mental perinatal, ao evidenciar a importância das dinâmicas de vinculação e das emoções autoconscientes no pós-parto. Futuras investigações deverão procurar alargar e diversificar as amostras, incluir a perspetiva paterna e recorrer a metodologias longitudinais (Brandão et al., 2024), permitindo uma compreensão mais abrangente da evolução da saúde mental durante o período pós-parto.

Do ponto de vista clínico, os resultados evidenciam a pertinência de considerar, para além dos sintomas ansiosos e depressivos, os processos relacionais e emocionais que os sustentam. A identificação de uma vinculação ansiosa como preditor central do desajustamento psicológico no pós-parto aponta para a necessidade de desenvolver intervenções focadas na relação consigo própria e com os outros. Do mesmo modo, a valorização da vergonha e da culpa no cuidar como emoções centrais neste período justifica a inclusão de estratégias de acompanhamento psicológico que ajudem as mães a reconhecer, regular e ressignificar estas experiências. Finalmente, o papel protetor das perceções de proximidade, confiança e segurança interpessoal sugere que o reforço de redes de apoio e de contextos relacionais seguros poderá constituir uma via relevante para a promoção do bem-estar materno e da qualidade da relação mãe-bebé.

7. Referências

- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 467–488. doi:10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x.
- American Psychiatric Association (2023). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (Oliveira, Ciro, Trad.; 5ª ed., texto rev.). Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2022).
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42
- Barr, P. (2012). A dyadic analysis of negative emotion personality predisposition effects with psychological distress in neonatal intensive care unit parents. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 347–355. doi:10.1037/a0024228
- Barr, P. (2015). Guilt, shame and fear of death predict neonatal intensive care unit-related parental distress. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33(4), 402–413. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1043624>(open in a new window)
- Bartel, S., Costa, S.D., Kropf, S., Redlich, A., Rismann, A. Pregnancy Outcomes in Maternal Neuropsychiatric Illness and Substance Abuse. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2017; 77(11):1189-99. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120920>
- Beato, A. F., Albuquerque, S., Kömürçü Akik, B., Costa, L. P. d., & Salvador, Á. (2022). Do Maternal Self-Criticism and Symptoms of Postpartum Depression and Anxiety Mediate the Effect of History of Depression and Anxiety Symptoms on Mother-Infant Bonding? Parallel Serial Mediation Models. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.858356>

- Benatar, S., Cross-Barnet, C., Johnston, E., Hill, I. Prenatal Depression: Assessment and Outcomes among Medicaid Participants. *Behav Health Serv Res.* 2020;47(3):409-23. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09689-2>
- Brandão, T., Ribeiro, A. C., Griff, M. I., Babore, A., & Diniz, E. (2024). Social Support and Postpartum Depressive Symptoms in Portuguese Women: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, 13(23), 7150. <https://doi.org/10.3390/jcm13237150>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76).
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., & Ziviani, J. (2020). Shame and guilt in the postnatal period: a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 67–85. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754372>
- Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 155-186.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2014). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *PSICOLOGIA*, 20(1), 156. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Carvalho, J. B. B. d. (2014). *Estilos de vinculação e mecanismos de defesa : um estudo com jovens adultos* [Master's thesis]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/18420>

- Cataño, C. R. (2012). *Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave* [Universidade de São Paulo]. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28022012-141833/>
- Cheung, M. S.-P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143–1153. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00206-X).
- Chin, R., Hall, P., & Daiches, A. (2011). Fathers' experiences of their transition to fatherhood: A metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 4–18. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513044>
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2000). A safe heaven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (6), 1053-1073.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Cook, D. (1996). Empirical Studies of Shame and Guilt: The Internalized Shame Scale. In D. Nathanson (Ed). *Knowing Feeling. Affect, Script and Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Correia, L. L.; Linhares, M.B.M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: *revisão da literatura*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.15, n.4, p.677-618, 2007.
- Dagher, R.K., Bruckheim, H.E., Colpe, L., Edwards, E., White, D.B. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health*. 2021 Feb 1;30(2):154-9.
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications – referencia para a consistência interna

- Domoney, J., Homer, C., Shakespeare, J., Shakespeare, C., & Henderson, M. (2023). Men's mental health in the perinatal period: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 409. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05829-5>
- Ehret, A. M., Joormann, J., and Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: the role of self-criticism and self-compassion. *Cogn. Emot.* 29, 1496–1504. doi: 10.1080/02699931.2014.992394
- Falek, I., Aciri, M., Dominguez, J. *et al.* Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. *Int J Ment Health Syst* 16, 21 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00531-0>
- Figueiredo, C. S. S. (2020). *As experiências de vergonha com os pais e o seu impacto na psicopatologia: o efeito mediador da vergonha e do auto-criticismo* [Master's thesis]. Estudo Geral – Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/94553>
- Fraley, R. C. & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guildford Press
- Gabriel, J. C., & Mendes, M. L. R. (2023). Ideação suicida: Fatores de risco no período perinatal. *Revista Bionorte*, 12 (Suppl. 3), 37-43. <https://doi.org/10.47822/bn.v12iSuppl.3.800>
- Gilbert, P., Price, J.S., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13(2), 149-165. doi: 10.1016/0732-118X(95)00002-X.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113-147. doi: 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x.

- Gilbert, P., & McGuire, M. (1998). Shame status and social roles. *Psychobiology and evolution*. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp.99-125).
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3–30).
- Gilbert, P. (2005). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-335).
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264.
- Goldstein E, Bakhireva LN, Nervik K, Hagen S, Turnquist A, Zgierska AE, et al. Recrutamento e retenção de mulheres grávidas em estudos prospectivos de coorte de nascimento: Uma revisão de escopo e análise de conteúdo da literatura. *Neurotoxicol Teratol*. 2021; 85:106974.
- Hermon, N., Wainstock, T., Sheiner, T., Golan, A., Walsfich, A. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women - a prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2018; 1:1-7. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
- Jackson, L., Fallon, V., Harrold, J. A., & De Pascalis, L. (2023). Psychosocial predictors of post-natal anxiety and depression: Using Structural Equation Modelling to investigate the relationship between pressure to breastfeed, health care professional support, post-natal guilt and shame, and post-natal anxiety and depression within an infant feeding context. *Maternal & Child Nutrition*. <https://doi.org/10.1111/mcn.13558>
- Jackson, L., O'Donoghue, E., Helm, J., Gentilcore, R., & Hussain, A. (2024). 'Some Days Are Not a Good Day to Be a Mum': Exploring Lived Experiences of Guilt and Shame in the

Early Postpartum Period. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(12), 3019–3038. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14120198>

Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.)

Lélis, D. d. J. P. V. L. (2013). *Impacto de variáveis sociodemográficas e familiares no investimento materno* [Master's thesis]. Estudo Geral – Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/25980>

Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.

Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.

McEwan, K., Gilbert, P., & Duarte, J. (2012). An exploration of competitiveness and caring in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 19-36. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02010.x.

Miguel, R. R., Sousa, R., Santos, L., Brazão, N., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2022). Dimensionality and measurement invariance of the Social Safeness and Pleasure Scale in adolescents from community and residential youth care. *Child abuse & neglect*, 131, 105690. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105690>

Mikšić, S., Miškulin, M., Juranić, B., Rakošec, Z., Včev, A., Degmečić, D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatria Danubina*. 2018;30(1):85-90. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.85>

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2004). Security based self-representations in adulthood: Contents and processes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 159–195).

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*.

- Ogbo, F.A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K., Barnett, B. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018; 20(18):49. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond [Contribution to the study of Portuguese adaptation of the 21 items depression, anxiety and stress scales (DASS) of Lovibond and Lovibond]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239
- Pereira, S. P. P (2016). Depressão pós-parto: *Fatores de risco em mães de bebés pré-termo*. Universidade de Lisboa faculdade de psicologia depressão.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5.ª ed.). Edições Sílabo.
- Rokicki, S., Gobburu, A., Weidner, M., Azam, N., Jansen, M., Rivera-Núñez, Z., De Resende, A., Parmar, V., Bachmann, G., Reilly, N., Panettieri, R., Dominguez-Bello, M. G., Horton, D. B., Blaser, M. J., & Barrett, E. S. (2025). Barriers and strategies for recruitment of pregnant women in contemporary longitudinal birth cohort studies. *BMC Medical Research Methodology*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-025-02570-w>
- Salgueiro, A. S. d. S. (2015). *As emoções autoconscientes e o papel do cuidador: análise fatorial confirmatória e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vergonha e Culpa no Cuidar (EVCC)*[Master's thesis]. Estudo Geral – Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/32437>
- Semedo, C. d. B. S. (2018). *Estado de ânimo da mãe de criança no pós-parto e puerpério* [Master's thesis]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/19867>

- Silva, C. A. Q. (2023). *Influência da família na depressão perinatal: Estudo de coorte prospectivo* [Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/111424>
- Silva, M. M. d. J., Serrano, T. B. d. M., Porcel, G. d. S., Monteiro, B. B., & Clapis, M. J. (2023). Risco de depressão na gravidez na assistência pré-natal de risco habitual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31.
- Tangney J. P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. Guilford.
- Turner, K. M., Chew-Graham, C. A., Folkes, L., & Sharp, D. (2020). The role of shame and guilt in fathers' transition to parenthood: A mixed-method review. *BMC Psychology*, 8, 93. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00461-0>
- Van Niel, M.S., Payne, J.L. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020 May; 87(5):273-277. doi: 10.3949/ccjm.87a.19054. PMID: 32357982.
- Vieira, J. L. L., Porcu, M., Buzzo, V. A. S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.58, n. 1, p.8-16, 2009.
- Yang, K., Wu, J., Chen, X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022 Dec 1;22(1). 63.
- Yang, Q., Yi, L., Wei, S. Meta-analysis of the relationship between mother's pregnancy and postpartum depression and offspring's behavior problems. *Chin Ment Health J* [Internet]. 2018; 32:630-5.
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 252–257. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852009000400006>

Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., et al. (2019). Self-criticism and depressive symptoms: mediating role of self-compassion. *Omega* 80, 202–223. doi: 10.1177/0030222817729609



UNIVERSIDADE
PORTUGALENSE

upt.pt