



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

João Pedro Loureiro de Almeida Grilo

***“PERFECCIONISMO E DEPRESSÃO PERINATAL: O PAPEL
MEDIADOR DO PENSAMENTO REPETITIVO NEGATIVO –
UM ESTUDO PROSPETIVO”***

**PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA,
ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA**

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

**Professor Doutor António Macedo
Doutora Ana Telma Pereira**

ABRIL / 2018

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**“PERFECCIONISMO E DEPRESSÃO PERINATAL: O
PAPEL MEDIADOR DO PENSAMENTO REPETITIVO
NEGATIVO – UM ESTUDO PROSPETIVO”**

João Pedro Loureiro de Almeida Grilo*

* Endereço eletrónico do autor: joao_grilo93@hotmail.com

**IX CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
IX INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND
MENTAL HEALTH
I Simposium Internacional Mulheres e Loucura
I International Symposium Women and Madness
Coimbra, Portugal, 7-9 Maio/may, 2018**

Este trabalho e outro realizado no âmbito do mesmo projeto de investigação foram submetidos para apresentação sob a forma de poster ou comunicação (a selecionar pela comissão científica) no IX CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, a realizar de 7 a 9 de maio de 2018 em Coimbra (Anexo 1).

Referências:

Grilo J, Azevedo J, Marques C, Gouveia C, Macedo A, Pereira AT. Papel mediador das cognições disfuncionais relacionadas com a maternidade e do pensamento repetitivo negativo na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. Submetido ao IX CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, a realizar de 7 a 9 de maio de 2018 em Coimbra.

Gouveia C, Azevedo J, Marques C, Grilo J, Macedo A, Pereira AT. Papel mediador da auto-compaixão na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. Submetido ao IX CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, a realizar de 7 a 9 de maio de 2018 em Coimbra.

“ The most important thing is this: to be able at any moment - to sacrifice what you are, for what you will become “

Eric Thomas

ÍNDICE

ABREVIATURAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	11
MATERIAIS E MÉTODOS	13
• Procedimento.....	13
• Participantes	13
• Instrumentos	16
• Análise Estatística	18
RESULTADOS	20
A - Correlações.....	20
B - Estudos de mediação.	23
DISCUSSÃO	25
AGRADECIMENTOS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	35

ABREVIATURAS

DIPD-PP – *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Post-Partum (DSM-5)* – Versão

Portuguesa para o terceiro mês pós-parto

DP – Depressão Perinatal

EAM – Escala de Atitudes Disfuncionais face à Maternidade

EMP-H&F-13 – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett – 13

ERDP-24 – Escala de Rastreio de Depressão Perinatal – 24

PAO – Perfeccionismo auto-orientado

PRN – Pensamento Repetitivo Negativo

PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito

QPP-15 – Questionário de Pensamento Perseverativo – 15

SDP – Sintomatologia depressiva perinatal

T0 – Tempo zero (Primeiro momento de recolha de dados – Segundo trimestre de gravidez)

T1 – Tempo um (Segundo momento de recolha de dados – Terceiro mês após o parto)

RESUMO

Introdução: Tem sido evidenciado que o papel do perfeccionismo nos níveis de perturbação psicológica é mediado por processos cognitivos, nomeadamente o pensamento repetitivo negativo (PRN). No entanto, o papel destes fatores de risco transdiagnósticos ainda não foi analisado no período perinatal. Tal é relevante, pois o contexto da gravidez e do pós-parto, caracterizado por profundas alterações biológicas e psicossociais, tem o potencial de influenciar o conteúdo das preocupações e ruminações.

Objetivo: analisar se as atitudes e crenças disfuncionais em relação à maternidade e o PRN são mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

Materiais e Métodos: Participaram 108 mulheres, com gravidezes não complicadas, que preencheram questionários de auto-resposta validados no período perinatal em dois momentos distintos, T0 e T1, correspondentes ao segundo trimestre de gravidez (média: 18.34 semanas de gestação; DP: 4.401; variação: 12-24) e ao terceiro mês após o parto (média: 13.48 semanas após nascimento; DP: 3.14; variação: 8-24). Os questionários foram os seguintes: Escala de Rastreio de Depressão Perinatal; Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett – 13; Questionário de Pensamento Perseverativo – 15; Escala de Atitudes Disfuncionais face à Maternidade (apenas no pós-parto). No pós-parto, foram entrevistadas com a versão portuguesa da *Diagnostic Interview for Psychological Distress-DSM-5*.

Resultados: O perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) em T0 correlacionou-se positiva, moderada ($\geq .30$) e significativamente com o PRN, com as Crenças relacionadas com o julgamento dos outros e com a sintomatologia depressiva em T1 e estas também se correlacionaram significativamente entre si. Através do teste de modelos de mediação sequencial, verificou-se a existência de um efeito indireto significativo das Crenças relacionadas com o julgamento dos outros e do PRN na relação entre o PSP e a

sintomatologia depressiva perinatal (SDP). Isoladamente, o PRN não revelou ser mediador da relação entre PSP e a SDP.

Discussão: A influência do perfeccionismo na sintomatologia depressiva perinatal parece operar pela via deste traço aumentar os níveis das cognições disfuncionais relacionadas com a maternidade e o PRN relativo a estas últimas. Intervenções que diminuam o impacto destes conteúdos e processos cognitivos poderão assim ser úteis na prevenção e tratamento da SDP nas mulheres com elevado perfeccionismo negativo.

Palavras-chave: Depressão Perinatal, Perfeccionismo, Pensamento Repetitivo Negativo, Crenças disfuncionais, Estudo Prospetivo.

ABSTRACT

Introduction: It has been shown that the role of perfectionism in the levels of psychological disorder is mediated by cognitive processes, including the repetitive negative thinking (RNP). However, the role of these transdiagnostic risk factors has not yet been analysed in the perinatal period. This is relevant because the context of pregnancy and postpartum, characterized by profound biological and psychosocial changes, has the potential to influence the content of the worries and ruminations.

Objectives: To analyze if the dysfunctional attitudes and beliefs in relation to motherhood and the repetitive negative thinking are mediators of the relationship between the perfectionism in pregnancy and the depressive symptoms in postpartum.

Materials and Methods: 108 women with non-complicated pregnancies filled in a set of validated self-report questionnaires, in two different moments (T0 and T1), corresponding to the second trimester of pregnancy (mean: 18.34 weeks of pregnancy; SD: 4.401; variation: 12-24) and the third month after child birth (mean: 13.48 weeks after child birth; SD: 3.14; variation 8-24). The questionnaires were: Postpartum Depression Screening Scale-21; Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scale – 13; Perseverative Thinking Questionnaire – 15; Attitudes Toward Motherhood Scale (only in the postpartum). In postpartum, they were interviewed with the Portuguese version of the Diagnostic Interview for Psychological Distress-DSM-5.

Results: The Socially prescribed perfectionism (SPP) presented a significant, positive and moderate correlation ($\geq .30$) with RNT at T0, with Beliefs about other's judgment, and with depressive symptomatology at T1 and these also correlated significantly with each other. Results from the mediation analysis have shown the existence of a significant indirect effect of Beliefs about other's judgment and the RNT on the relationship between the SPP and the

perinatal depressive symptoms (PDS). RNT alone was not a mediator of the relationship between SPP and PDS.

Discussion: The influence of perfectionism on perinatal depressive symptoms appears to operate through increasing the levels of dysfunctional cognitions related to motherhood and of RNP. Interventions that reduce the impact of these contents and cognitive processes may be useful in preventing and treating PDS in women with high negative perfectionism.

Key-words: Perinatal Depression, Perfectionism, Repetitive Negative Thinking, Dysfunctional beliefs, Prospective Study.

INTRODUÇÃO

As perturbações perinatais do humor e de ansiedade são problemas de saúde comuns em grávidas e no ano após o nascimento – período perinatal¹ – e são, no seu conjunto e neste intervalo de tempo, o problema de saúde mais prevalente e dispendioso². Inclusivamente, o próprio risco de desenvolver perturbações afetivas é maior neste período do que em qualquer outro da vida da mulher³, sendo que, entre estas, a perturbação mais comum é a depressão¹. Outro dado importante referido na literatura é que a maioria das emergências médicas no pós-parto são psiquiátricas⁴.

Apesar de ocorrer com uma prevalência significativa (3.3% na gravidez e 11.0% no primeiro ano após o parto)⁵, a Depressão Perinatal (DP) é dramaticamente subdiagnosticada e subtratada⁶. Estima-se que esta condição clínica não seja identificada pelos profissionais de saúde em 75% dos casos e apenas 10% das mulheres com DP recebe tratamento efetivo².

Assim, a DP constitui um grave problema de saúde pública, que carece de deteção, prevenção e tratamentos mais eficientes, de modo a diminuir o sofrimento das mães, bem como as consequências negativas para os filhos⁷. Com efeito, associa-se a um aumento da morbidade e mortalidade desde a infância, incluindo parto pré-termo e baixo peso à nascença⁸.

As revisões sistemáticas mais recentes e robustas evidenciam que os principais fatores de risco para a DP são: sintomatologia depressiva na gravidez, afeto negativo na gravidez, insónia na gravidez, história de depressão ao longo da vida, falta de apoio do companheiro, elevada perceção de *stress* no último ano, traços de personalidade negativos, como o neuroticismo e o perfeccionismo⁹. Estes fatores também já evidenciaram a sua influência negativa em estudos com amostras vastas e representativas de mulheres portuguesas no período perinatal^{10,11}

O perfeccionismo é considerado por Egan, Wade, e Shafran como um processo transdiagnóstico¹², pois compreende um conjunto de características cognitivas e comportamentais que age sobre diferentes patologias psicológicas como um fator de vulnerabilidade comum¹³. O papel deste traço nos níveis de perturbação psicológica é mediado por processos cognitivos, nomeadamente o pensamento repetitivo negativo (PRN)^{14,15}. Este é definido por Ehrling *et al.* (2011) como uma forma de pensamento sobre determinado problema ou experiências negativas que apresenta três características essenciais: o pensamento é repetitivo; é, pelo menos, parcialmente intrusivo e, por último, é difícil a pessoa libertar-se do mesmo. Diferentes problemas emocionais têm sido associados a altos níveis de PRN, na forma de preocupação e ruminação. Estes, efetivamente, partilham mais semelhanças do que diferenças¹⁶, sugerindo que ambas representam essencialmente o mesmo processo nuclear do PRN¹⁶.

No entanto, o papel destes fatores de risco transdiagnósticos ainda não foi analisado no período perinatal. Tal é relevante, pois o contexto da gravidez e do pós-parto, caracterizado por profundas alterações biológicas e psicossociais, tem o potencial de influenciar o conteúdo das preocupações e ruminções¹⁷.

Desde que Beck apresentou o Modelo Cognitivo da Depressão¹⁸, que tem sido confirmado o papel patogénico das crenças e atitudes disfuncionais na vulnerabilidade para a depressão, principalmente na sequência de acontecimentos de vida stressantes. O período perinatal, enquanto acontecimento de vida major, não é exceção^{19,20,21}.

O objetivo deste estudo é analisar se as atitudes e crenças disfuncionais em relação à maternidade e o pensamento repetitivo negativo são mediadores da relação entre o perfeccionismo e a depressão major/sintomatologia depressiva no período perinatal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo observacional, correlacional e prospetivo foi realizado no âmbito de um projeto maior, intitulado: Rastreio, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal – Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários, financiado pela FCT (PTDC/DTP-PIC/2449/2014) e aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Medicina de Coimbra (Ref. 042-CE-2017).

- **Procedimento**

Os objetivos e procedimentos foram explicados a todas as participantes. Foi garantida a confidencialidade dos dados e todas as mulheres grávidas deram o seu consentimento informado (Anexo 2), aceitando a participação voluntária neste estudo. Foi dada a escolher entre as possibilidades de completar os questionários de auto-resposta em papel ou *online* (*Google Docs*). As que optaram pela via online disponibilizaram o seu endereço de *e-mail*, de forma a que o *link* para o questionário *online* lhes fosse disponibilizado. Neste caso, foi pedido, novamente, o consentimento informado.

- **Participantes**

Participaram neste estudo 108 mulheres, com idade média de 33 ± 4.971 ; (variação: 20-44) com gravidezes não complicadas, sendo que a grande maioria das participantes (92,6%) era de nacionalidade portuguesa (92,6%). Foram convidadas a participar numa das consultas de seguimento do 2º trimestre na Maternidade Dr. Bissaya Barreto. Os critérios de exclusão foram os seguintes: idade inferior a 18 anos; incapacidade de ler ou falar português; história de perturbações afetivas bipolares e/ou psicose.

Os questionários de auto-resposta foram preenchidos em dois momentos (T0 e T1), correspondendo, respetivamente, ao segundo trimestre de gravidez (Média de semanas de gestação: 18.34 ± 4.401 ; variação: 12-24 semanas) e ao terceiro após o parto (Idade média do bebé em semanas: 13.48 ± 3.14 ; variação: 8-24 semanas). As características sociodemográficas da amostra, tendo em conta os dados de T0 e T1, apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1- Características da amostra (n=108).

Frequência (n) e Percentagem (%)	
Gravidez (T0)	
<u>Estado Civil</u>	
Solteira/nunca casou	17 (15.7%)
Viúva	1 (0.9%)
Casada/vive com o companheiro	84 (77.8%)
Divorciada/separada	4 (3.7%)
Outro	2 (1.9%)
<u>Grau de Escolaridade</u>	
2º Ciclo (até sexto ano)	3 (2.8%)
3º Ciclo (até ao nono ano)	15 (13.8)
Secundário	36 (33.3%)
Licenciatura	33 (30.6%)
Mestrado	19 (17.6%)
Doutoramento	2 (1.9%)
<u>Situação Ocupacional</u>	
A trabalhar	76 (71.4%)
Desempregada	9 (8.4%)
De baixa/atestado	20 (18.7%)
Outro	21 (1.9%)
Resposta omissa	1
<u>Nº de filhos</u>	
0	51 (47.2%)
1	51 (47.2%)
2	6 (5.6%)
Pós-Parto (T1)	
<u>Alimentação do bebé</u>	
Peito	59 (54.6%)
Biberão	25 (23.1%)
Misto (peito+biberão)	24 (22.2%)
<u>Acompanhamento Psiquiátrico</u>	
Não	102 (94.4%)
Sim	6 (5.6%)
<u>Praticou Meditação /Yoga</u>	
Não	102 (95.3%)
Sim	5 (4.7%)
Resposta omissa	1

Com a realização da entrevista clínica diagnóstica (DIPD-PP) no pós-parto, apurou-se que 11.1% (n=12) das mulheres cumpriram critérios de diagnóstico para Depressão.

- **Instrumentos**

Todas as participantes completaram um conjunto de questionários de auto-preenchimento (Anexo 2) anteriormente validados em amostras vastas e representativas de mulheres no período perinatal.

Escala de Rastreio de Depressão Perinatal (ERDP-24)^{22,23}

A Escala de Rastreio de Depressão Perinatal (ERDP-24) é constituída por 24 itens (afirmações relacionadas com a presença de sintomas depressivos) a responder numa escala *Likert* que varia de “discordo muito” (1 ponto) a “concordo muito” (5 pontos). Para as respostas com pontuação de 2, 3 e 4 pontos, correspondem as respostas intermédias de “discordo”, “nem concordo, nem discordo” e “concordo”, respetivamente. A cotação total da escala varia entre 24 e 120 pontos e quanto mais elevada, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva perinatal. Nesta amostra, a consistência interna foi de .94 (α , alfa de Cronbach).

Questionário de Pensamento Perseverativo – 15 (QPP-15)^{24,25}

O Questionário de Pensamento Perseverativo – 15 (PTQ-15) avalia, com os seus 15 itens, duas dimensões do PRN: Pensamento repetitivo (que tem como características chave o facto de ser intrusivo, pelo menos parcialmente intrusivo e de ser difícil a pessoa libertar-se dele) e Interferência cognitiva e improdutividade (refere-se a efeitos disfuncionais do PRN percebidos pelo próprio). As respostas aos itens (escala *Likert*) podem variar de “nunca” (0 pontos) a “quase sempre” (4 pontos). Para as respostas com pontuação de 1,2 e 3 pontos,

correspondem as respostas intermédias de “Raramente”, “Algumas Vezes” e “Muitas Vezes”, respetivamente. A cotação total da escala varia entre 0 e 60 pontos. Nesta amostra, a consistência interna das duas dimensões foi, respetivamente, de $\alpha=.84$ e $\alpha=.86$

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett – 13 (EMP-H&F-13)^{26,27}

Foi utilizada a versão mais reduzida da escala, composta por 13 itens que avaliam as três seguintes dimensões: Perfeccionismo socialmente prescrito (envolve a perceção de que os outros estabelecem padrões e expectativas excessivamente elevados para o indivíduo), o Perfeccionismo auto-orientado (estabelecimento de padrões excessivamente elevados para si próprio) e Perfeccionismo orientado para os outros (envolve crenças e expectativas sobre as capacidades dos outros). A escala *Likert* varia entre 1 (“discordo completamente”) e 7 (“concordo completamente”), sendo que a cotação total da escala varia entre 13 e 91 pontos. A consistência interna das três dimensões nesta amostra foi, respetivamente, de $\alpha=.87$, $\alpha=.71$ e $\alpha=.59$.

Escala de Atitudes Disfuncionais face à Maternidade (EAM)²⁸

Avalia as atitudes disfuncionais face à maternidade, com as seguintes sub-escalas: Crenças relacionadas com o julgamento dos outros, Crenças relacionadas com a responsabilidade materna e Crenças relacionadas com a idealização do papel materno. É composta por 12 itens, a responder numa escala *Likert* que varia de 1 (“discordo sempre”) a 6 (“concordo sempre”), sendo que a cotação total da escala varia entre 12 e 72 pontos. A consistência interna das três dimensões nesta amostra, no pós-parto (único momento em que foi preenchida), foi, respetivamente, de $\alpha=.85$, $\alpha=.79$ e $\alpha=.59$.

Versão portuguesa para o pós-parto da *Diagnostic Interview for Psychological Distress-DSM-5 (DIPD-PP)*²⁹

A *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Postpartum (DIPD-PP)* é uma entrevista clínica semi-estruturada que avalia, entre outras perturbações do EIXO I, a Perturbação Depressiva Major. Todas as secções de diagnóstico começam com uma pequena introdução à secção (o que irá ser avaliado), seguida de uma ou duas questões de rastreio (avaliação dos critérios principais de diagnóstico), cuja resposta poderá ser afirmativa (“Sim”), ou negativa (“Não”). Caso a resposta seja afirmativa, procede-se à exploração e recolha de mais informação relativamente a outros sintomas e critérios de diagnóstico.

- **Análise Estatística**

O tratamento estatístico foi realizado no programa IBM SPSS Statistics, versão 23 para Windows. Começou-se por determinar estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Foram calculados os coeficientes α de Cronbach para avaliar a consistência interna das medidas utilizadas. O tamanho da amostra permitiu o uso de testes paramétricos. Nas análises de correlação foi usado o coeficiente de Pearson. A classificação da magnitude dos coeficientes de correlação, efetuou-se através dos critérios de Cohen (1992)³⁰: baixa correlação se valor inferior a .199; correlação moderada se valor entre .200 e .499 e elevada se igual ou superior a .5. Para estudar os modelos de mediação múltipla serial foi utilizado a macro PROCESS para SPSS, modelo 6, desenvolvida por Hayes *et al.* (2013)³¹. Esta macro utiliza o método *bootstrapping*, que permite avaliar os efeitos diretos e indiretos de variáveis de forma a maximizar o poder. O efeito indireto representa o impacto da variável do mediador na relação original (isto é, a relação da variável independente na variável dependente ou *outcome*). Se o valor 0 não estiver contido no Intervalo de Confiança (IC) a 95%, admite-se que a diferença entre os efeitos total e direto foi diferente de 0 e, portanto, que

o efeito indireto é significativo. Preconizou-se como nível de significância aceitável um valor $p < .05$.

RESULTADOS

A - Correlações entre o perfeccionismo na gravidez (T0) e as atitudes disfuncionais, o PRN e a sintomatologia depressiva no pós-parto (T1)

A tabela 2 apresenta as correlações entre as variáveis de T0 e T1.

Relativamente às correlações entre as dimensões do Perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto verificou-se que:

- O Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) correlacionou-se positiva e significativamente com a pontuação total na ERDP, apresentando uma magnitude moderada (.204*).

Quanto às correlações das dimensões do Perfeccionismo com as dimensões da Escala de Atitudes Disfuncionais face à Maternidade:

- O PSP correlacionou-se positiva e significativamente com a dimensão Crenças relacionadas com o julgamento dos outros, apresentando uma magnitude moderada (.355**); a correlação com as outras dimensões não foi significativa.

Focando nas correlações das dimensões do Perfeccionismo com o PRN (T1):

- Também foi o PSP a dimensão que se correlacionou significativamente com o PRN, sendo o coeficiente positivo e de magnitude moderada (.289**).

Relativamente às correlações entre as dimensões de atitudes disfuncionais face à maternidade e o PRN (T1).

- As Crenças relacionadas com o julgamento dos outros foi a única dimensão que se correlacionou positiva e significativamente com o PRN, apresentando uma magnitude moderada (.472**).

Quanto às correlações entre as dimensões de atitudes disfuncionais face à maternidade e a sintomatologia depressiva:

- As Crenças relacionadas com o julgamento dos outros correlacionaram-se positiva, moderada e significativamente com a sintomatologia depressiva (.479^{**}), enquanto as Crenças relacionadas com a responsabilidade materna correlacionaram-se positiva e significativamente com a sintomatologia depressiva, com uma magnitude moderada, embora inferior (.222^{*}).

No que toca às correlações entre o PRN (T1) e a sintomatologia depressiva.

- O PRN correlacionou-se positiva e significativamente, com magnitude elevada (.578^{**}), com a sintomatologia depressiva.

Tabela 2 - Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis medidas no T0 e T1.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Perfeccionismo auto-orientado_EMP_T0	1												
2 Perfeccionismo orientado para os outros_EMP_T0	-.013	1											
3 Perfeccionismo socialmente prescrito_EMP_T0	.219*	-.263**	1										
4 ERPD_TOTAL_T1	.106	-.040	.204*	1									
5 Pensamento repetitivo negativo_QPP-15_T0	.183	-.147	.447**	.420**	1								
6 Interf. cognitiva e improdutividade_QPP-15_T0	.078	-.235*	.488**	.460**	.807**	1							
7 QPP-15_Total_T0	.139	-.199*	.491**	.462**	.954**	.947**	1						
8 Pensamento Repetitivo Negativo_T1	.044	-.077	.244*	.513**	.562**	.513**	.566**	1					
9 Interferência cognitiva e improdutividade_T1	.101	-.060	.320**	.612**	.597**	.551**	.605**	.868**	1				
10 QPP_Total_T1	.073	-.071	.289**	.578**	.598**	.549**	.604**	.971**	.961**	1			
11 Julgamento_EADM_T1	-.075	-.158	.355**	.479**	.432**	.403**	.438**	.435**	.479**	.472**	1		
12 Responsabilidade_EADM	-.096	-.163	.166	.222*	.235*	.319**	.289**	.137	.157	.152	.502**	1	
13 Idealização_EADM	-.015	.122	.061	-.018	.173	.207*	.199	.122	.105	.118	.153	.260*	1

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

Legenda: EMP - Escala Multidimensional do Perfeccionismo; ERPD - Escala de Rastreamento de Depressão Perinatal; QPP-15 - Questionário de Pensamento Perseverativo – 15; EADM - Escala de Atitudes Disfuncionais face à Maternidade.

B - Papel mediador das crenças disfuncionais face à maternidade e do PRN na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

Tendo em conta o padrão de correlações previamente descrito, testámos os seguintes dois modelos de mediação sequencial, para analisar se as crenças disfuncionais relacionadas com a maternidade e o PRN são mediadores da relação entre o Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

Modelo de Mediação

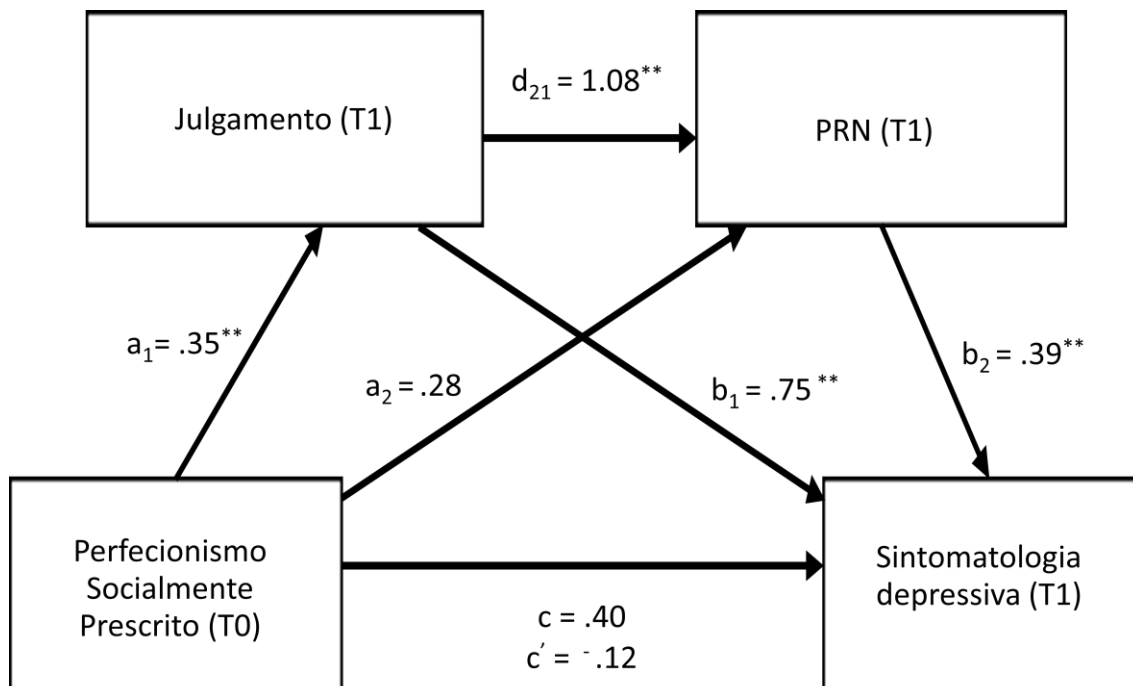


Diagrama 1 – modelo de mediação múltipla serial. Os números representam os coeficientes não estandardizados.
* $p < .05$; ** $p < .01$

O modelo de mediação múltipla serial apresenta como variáveis mediadoras as Crenças relacionadas com o julgamento dos outros (M1) e o PRN (M2). O efeito total e o efeito direto do Perfeccionismo socialmente prescrito (X) na sintomatologia depressiva no pós-parto (Y) não foram significativos. O efeito indireto total foi significativo (coeficiente = .53, SE = .22, IC95% = .18 até 1.07). Todos os caminhos indiretos que ligam o Perfeccionismo

socialmente prescrito à sintomatologia depressiva no pós-parto são significativos, à exceção do caminho a_2b_2 (Perfeccionismo socialmente prescrito \rightarrow PRN \rightarrow Sintomatologia depressiva no pós-parto), pois os seus intervalos de confiança não contêm zero (Tabela 3).

Tabela 3 - Método de *bootstrapping* para a análise do efeito indireto (com os valores do coeficiente, SE, p) da mediação, cujo *outcome* é sintomatologia depressiva.

	<i>coeficiente</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrapping</i> BC 95% CI	
				lower	upper
Modelo de Mediação					
Efeito total	0.40	0.25	0.109	-0.09	0.9
Efeito direto	-0.12	0.22	0.580	-0.56	0.32
Efeitos indiretos					
Efeito indireto total	0.53	0.22		0.18	1.07
<i>a₁b₁</i>	0.27	0.14		0.06	0.62
<i>a₁d₂b₂</i>	0.15	0.08		0.04	0.36
<i>a₂b₂</i>	0.11	0.11		-0.08	0.39

DISCUSSÃO

O presente estudo correlacional e prospetivo, realizado no âmbito do projeto “Rastreo, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários”, analisa o potencial papel mediador das atitudes e crenças disfuncionais face à maternidade e do pensamento repetitivo negativo, na relação entre o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva no período perinatal.

Constatou-se, uma vez mais e como seria de esperar, que a natureza mal adaptativa do Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) também se verifica no período perinatal, ao correlacionar-se positiva e significativamente com a sintomatologia depressiva perinatal (SDP), tal como já tinha sido verificado noutros estudos também realizados neste período³². Com efeito, no estudo de Maia e colaboradores¹², apesar de o Perfeccionismo auto-orientado (PAO) ser um correlato da sintomatologia depressiva perinatal (ou seja, estas variáveis correlacionavam-se significativamente quando avaliadas no mesmo momento), apenas uma sub-dimensão do PSP, os Padrões elevados dos outros, foi preditor da sintomatologia depressiva ao longo do período perinatal.

A literatura também já tinha evidenciado que as atitudes disfuncionais face à maternidade são preditores de perturbação psicológica na gravidez e no pós-parto, tendo, inclusivamente, sido sugerido que esta vulnerabilidade cognitiva poderá fornecer ferramentas úteis na identificação de mulheres que possam beneficiar de intervenção psicoterapêutica durante o período perinatal³³. O nosso estudo veio acrescentar que o perfeccionismo negativo contribui para níveis mais elevados de Crenças relacionadas com o julgamento dos outros, algo que ainda não tinha sido evidenciado. Não é de estranhar que uma mulher com elevados níveis de PSP, por perceber que os outros têm padrões de desempenho e expectativas excessivamente elevados em relação a si, tenha a expectativa de que os outros a julguem, nomeadamente como mãe, agora que está no período singular da maternidade. Mais uma vez,

tal coaduna-se com o estudo de Maia e colaboradores¹², no qual era apenas a sub-dimensão relacionada com a perceção de que os outros tinham padrões muito elevados em relação à própria que explicava a sintomatologia depressiva das mulheres no pós-parto.

Por outro lado, as Crenças relacionadas com o julgamento dos outros também se correlacionaram significativamente com o PRN, confirmando-se a ideia de que o contexto da gravidez e do pós-parto têm o potencial de influenciar o conteúdo das preocupações e ruminacões¹⁷. Por outras palavras, no período perinatal, as mulheres com elevado perfeccionismo negativo ruminam e preocupam-se com aspetos relacionados com o seu contexto, ou seja, o seu papel de mãe e as tarefas de prestação de cuidados ao bebé.

Relativamente à relação entre o perfeccionismo e o PRN, os resultados mostraram que, também no período perinatal, ambos se correlacionam fortemente. É importante ressaltar que apenas o PSP se correlacionou significativamente com o PRN, ao contrário do que foi constatado noutros trabalhos, fora deste período, em que não só o PSP, mas também o PAO se correlacionam significativamente com o PRN^{34,35}, ou, apenas, o PAO se correlacionou com o PRN³⁶. É precisamente devido ao facto dos resultados dos estudos não coincidirem totalmente em relação a estes padrões de correlação, que continua a ser relevante analisar a relação entre as dimensões de perfeccionismo e de PRN em amostras diversas³⁴. No entanto, já seria de esperar que, dada a natureza mais negativa do PSP, fosse este o traço mais relacionado com a sintomatologia depressiva. Com o aumento do tamanho da amostra será interessante confirmar se o PAO, efetivamente, não está prospetivamente associado a este *outcome*.

Partindo de todos estes achados, prosseguimos para o teste dos modelos de mediação sequencial, de forma a analisarmos se as atitudes disfuncionais face à maternidade, especificamente as Crenças relacionadas com o julgamento dos outros e o PRN são mediadores da relação entre o perfeccionismo e a sintomatologia depressiva no período perinatal.

A existência de um efeito indireto significativo das Crenças relacionadas com o julgamento dos outros e do PRN na relação entre o PSP e a SDP, confirmou, pois, a principal hipótese do estudo: o efeito do perfeccionismo negativo na SDP ocorre pelo efeito deste traço aumentar os níveis de cognições disfuncionais e do PRN sobre estas. O efeito direto do PSP para a depressão no pós-parto é, apesar de não significativo, negativo, o que sugere que controlando o efeito do julgamento e do PRN no pós-parto, o PSP deixa de ter efeitos negativos na depressão.

Por outras palavras, mulheres com elevado PSP podem desenvolver SDP por transportarem para o período perinatal as crenças disfuncionais que caracterizam o seu perfeccionismo negativo, receando que os outros as julguem, agora também como mães, o que leva a que se preocupem e ruminem excessivamente acerca desses conteúdos, o que, no seu conjunto, contribuirá para a perturbação psicológica.

No entanto, isoladamente, o PRN não demonstrou ser mediador da relação entre PSP e a SDP, o que parece contrariar os resultados de outro estudo, realizado com estudantes universitários e com outro instrumento, que avaliava, entre outros estados de humor, a “depressão”. No entanto, é preciso notar que nesse estudo não foi avaliado o componente do conteúdo das cognições, apenas o processo (PRN). O presente estudo, ao incluir as Crenças relacionadas com o julgamento dos outros no modelo, enfatiza o papel preponderante destas nos níveis de SDP. Se a mulher tiver ainda tendência para pensar repetitivamente nessas crenças disfuncionais, tal vai reforçar ainda mais a via de influência do perfeccionismo para a SDP.

A implicação mais relevante destes resultados é que se conseguirmos diminuir o impacto negativo das crenças relacionadas com o julgamento e do PRN, poderemos, desde logo na gravidez, prevenir o surgimento da SDP ou, se esta já estiver presente, diminuir a sua intensidade. Está em curso um ensaio clínico em que mulheres com fatores de risco para a

depressão perinatal, nomeadamente elevados níveis de perfeccionismo negativo e de PRN, são seleccionadas aleatoriamente para participar (grupo de intervenção) ou não participar (grupo de controlo) numa intervenção em grupo baseada nas terapias cognitivo-comportamentais de segunda e de terceira geração.

É importante referir a presença de algumas limitações no nosso estudo, nomeadamente o tamanho da amostra. Como já foi referido, com o aumento do tamanho da amostra, poderemos, por exemplo, esclarecer se o PAO não está, de facto, associado ao PRN. Por outro lado, as mulheres com acompanhamento psicológico (n=6 (5,6%)), não foram excluídas da amostra. Esta percentagem, embora pequena, poderá ter influência nos resultados.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, um profundo agradecimento ao Professor Doutor António Macedo pela oportunidade de integrar o Serviço de Psicologia Médica da FMUC.

Os meus mais sinceros agradecimentos à Doutora Ana Telma Pereira pelo seu apoio, disponibilidade, mestria e, sobretudo, pela sua qualidade humana. Por me ter ajudado a ultrapassar as dificuldades inerentes a este processo e por me ter despertado o desejo de, no futuro, continuar a produzir Ciência, sempre com o intuito de ajudar quem mais precisa, que, no fundo, foi aquilo que me levou a seguir Medicina.

Uma palavra simples de agradecimento para a Doutora Cristiana Marques, por me ter ajudado na realização do tratamento estatístico.

Termino, com um especial agradecimento aos meus pais, a todos os meus amigos e à Helena, pelo apoio que me deram e, sobretudo, pela paciência que demonstraram.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howard, Louise M., et al. "Non-psychotic mental disorders in the perinatal period." *The Lancet* 384.9956 (2014): 1775-1788.
2. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess.* 13:147-230.
3. Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 27-31.
4. Heron J, McGuinness M, Robertson Blackmore E, et al. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG* 2008; 115: 348-53.
5. Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente, J, Azevedo MH. Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Médica Portuguesa* 2011; 24: 443-8.
6. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. *Current psychiatry reports* 2014; 16(9): 1-9.
7. Pereira AT, Xavier S, Azevedo J, Bento E, Marques C, Carvalho R, ... & Macedo A. (2016). Predictive ability of the Perinatal Depression Screening and Prevention Tool – Preliminary results of the dimensional approach. *BMC Health Services Research*, 16(3), 17.
8. Pereira AT, Soares MJ, Bos S, Marques M, Maia B, Valente J, Nogueira V, Madeira N, Azevedo MH, Macedo A (2014a). Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1:10.

9. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77.
10. Marques M, Pereira AT, Bos S, Maia B, Soares MJ, Marques C, Azevedo J, Xavier S, Macedo A (2017). Risk factors for postpartum depression: dimensional and categorical approach. In *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers. New York, USA (in press).
11. Maia BR, Macedo A, Pereira AT, Marques M, Bos S, Soares MJ, Valente J, Azevedo MH (2012). The Role of Perfectionism in Perinatal Depressive Disorder (ICD-10/DSM-IV) and Symptomatology (BDI-II/PDSS). *Archives of Women Mental Health. Archives of women's mental health*, 15(6), 459-468.
12. Egan J, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review* 2003; 31:203-212.
13. Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press. 2004.
14. Macedo A, Soares MJ, Amaral AP, Nogueira V, Madeira N, Roque C, Marques M, Maia B, Bos S, J Valente, Pereira AT (2015). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 220-224.
15. Casimiro P, Pinto AM, Pereira AT, Quaresma V, Soares MJ, Amaral AP, Maia B, Marques M, Nogueira V, Roque C, Madeira N, Bajouco M, Morais S, Macedo A. Perseverative negative thinking prospectively mediates the relationship between perfectionism and psychological distress. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S251.

16. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Psychotherapy* 2008; 1:192-205.
17. Pereira AT, Marques M, Soares MJ, Maia BR, Bos S, Valente J, ... & Macedo A. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *Journal of affective disorders*, 166, 71-78.
18. Beck AT & Sacco WP (1985). *Cognitive therapy for depression*. Guilford press.
19. Besser A, Priel B. Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *CurrPsychol: Dev Learn Pers Soc*. 2003; 22:57-72.
20. Besser A, Priel B, Flett G, Wiznitzer A. Linear and nonlinear models of vulnerability to depression: personality and postpartum depression in a high-risk population. *Individ Differ Res*. 2007; 5:1-29.
21. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of women's mental health*, 17(3), 199-212.
22. Pereira, A. T., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M. H. P. (2013). Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: as accurate as the original form. *Archives of Women's Mental Health*, 16 (1), 67-77.
23. Marques C, Xavier S, Azevedo J, et al. Confirmatory factor analysis of the Postpartum Depression Screening Scale-21 in a sample of Portuguese women. *European Psychiatry* 2017; 41: S241.
24. Chaves B, Castro J, Pereira AT, Soares MJ, Amaral AP, Bos S , ... & A Macedo (2013). Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version. *Atencion Primária*, 45, 162.

25. Azevedo J, Pereira AT, Amaral AP, Nogueira V, Soares MJ, Mota D, Macedo A (2017). Perseverative Thinking Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis with Two Different Samples. *European Psychiatry*, in press.
26. Soares MJ, Pereira AT, Araújo A, Silva D, Amaral AP, Valente J, Nogueira V, Roque C, Macedo A. The H&F - Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and convergent validity. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S345.
27. Soares, M. J., Marques, C., Pereira, A. T., Araújo, A. I., Madeira, N., Nogueira, V., & Macedo, A. (2017). Confirmatory factor analysis of the Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scale-13 (H&F-MPS13). *European Psychiatry*, 41, S257.
28. Costa, ACO da. Adaptação da Escala de Atitudes Disfuncionais Face à Maternidade para a População Portuguesa: O papel das atitudes disfuncionais na relação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva no pós-parto. 2016.
29. Pereira AT, Marques C, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Bento E, Marques M, Nogueira V & Macedo A (2017). Prevalence and incidence of postpartum Major Depression (DSM-5) in Portuguese women. In *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Nova Science Publishers. New York, USA (in press).
30. Cohen J. A Power Primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.
31. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. 1o edição. Guilford Press; 2013.
32. Dimitrovsky L, Levy-Shiff R, Schattner-Zanani I (2002) Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and non-pregnant women: their levels and interrelationships and their relationship with marital satisfaction. *J Psychol* 136:631-646.
33. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of women's mental health*, 17(3), 199-212.

34. Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. T. (2014). Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neuroscience and Mental Health*, 1, 6.
35. O'Connor D, O'Connor R, Marshall R. Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality* 2007; 21:429-452.
36. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Gray L. Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking.
37. Azevedo, J., Marques, M., Xavier, S., Bento, E., Marques, C., Soares, M. J. Macedo, A., & Pereira, A. T. (2017). Mindfulness and perinatal depression. In G. Anderson (Ed.). *Postpartum depression: Prevalence, risk factors and outcomes* (pp. 25-60). New York: Nova Science Publishers.
38. Marques, C., Martins, M. J., Marques, M., Azevedo, J., Bento, E., Xavier, S., Soares, M. J. Macedo, A., & Pereira, A. T. (2017). Self-Compassion and perinatal depression. In G. Anderson (Ed.). *Postpartum depression: Prevalence, risk factors and outcomes* (pp. 1-24). New York: Nova Science Publishers.

ANEXOS

Anexo 1

Papel mediador das crenças disfuncionais relacionadas com a maternidade e do pensamento repetitivo negativo na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto.

João Grilo¹, Julieta Azevedo², Cristiana Marques², Carolina Pinto Gouveia¹, António Macedo² e Ana Telma Pereira²

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

²Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O objetivo deste estudo correlacional e prospetivo foi analisar se as crenças disfuncionais face à maternidade e o pensamento repetitivo negativo (PRN) são mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. 108 mulheres grávidas preencheram questionários validados no segundo trimestre de gravidez (T0) e no terceiro mês após o parto (T1). O Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) em T0 correlacionou-se positiva, moderada ($\geq .30$) e significativamente com o PRN, com as Crenças relacionadas com o julgamento dos outros e com a sintomatologia depressiva em T1 e estas também se correlacionaram significativamente entre si. A influência do perfeccionismo na sintomatologia depressiva perinatal parece operar pela via deste traço aumentar os níveis das crenças disfuncionais relacionadas com a maternidade e o pensamento repetitivo negativo acerca destas. Intervenções que diminuam o impacto destes conteúdos e processos cognitivos poderão assim ser úteis na prevenção e tratamento da sintomatologia depressiva perinatal nas mulheres com elevado perfeccionismo negativo.

Papel mediador da auto-compaixão na relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto

Carolina Pinto Gouveia¹, Julieta Azevedo², Cristiana Marques², João Grilo¹, António Macedo² e Ana Telma Pereira²

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

²Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O objetivo deste estudo correlacional e prospectivo foi analisar se o *mindfulness* e a auto-compaixão são mediadores da relação entre o perfeccionismo na gravidez e a sintomatologia depressiva no pós-parto. 108mulheres grávidas preencheram questionários validados, no segundo trimestre de gravidez (T0) e no terceiro mês após o parto (T1). As dimensões negativas da auto-compaixão (Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação) em T0 correlacionaram-se positiva e moderadamente ($\cong .30$) com o Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) em T0 e com a sintomatologia depressiva em T1; o PSP em T0 também se correlacionou significativamente com a sintomatologia depressiva em T1. A Auto-crítica e a Sobre-identificação foram mediadores da relação entre o perfeccionismo/T0 e a sintomatologia depressiva/T1. A intervenção focada na auto-compaixão poderá ser útil na prevenção e tratamento da sintomatologia depressiva perinatal nas mulheres com elevado perfeccionismo negativo.

Anexo 2 – Consentimento Informado e Escalas



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
PSICOLOGIA MÉDICA



INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO BEM-ESTAR NA GRAVIDEZ

É convidada a participar voluntariamente neste estudo por estar grávida e por ser seguida num Centro de Saúde e/ou Hospital da região centro. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o rastreio, diagnóstico, prevenção e intervenção precoce na depressão e ansiedade perinatais.

O Investigador ou outro membro da equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

Este estudo irá decorrer no Serviço de Psicologia Médica da Universidade de Coimbra em colaboração com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com os seguintes objectivos: 1. analisar a capacidade preditiva de um novo instrumento de auto-resposta intitulado “Rastreio e Prevenção da Depressão e Ansiedade Perinatais”; 2. testar a eficácia de um programa de prevenção e/ou intervenção precoce desenvolvido pela nossa equipa de investigação.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todas as participantes incluídas e a garantir prova pública dessa protecção. Serão incluídas aproximadamente 500 participantes.

Se aceitar participar iremos solicitar o preenchimento de um questionário de auto-resposta, no segundo trimestre de gravidez, cujas perguntas são sobre sintomas e factores de risco da/para a depressão e ansiedade perinatais. **O preenchimento pode ser em papel ou no computador**, conforme a sua preferência; se preferir preencher no computador, iremos pedir-lhe o seu e-mail, para lhe enviarmos um link que permite aceder ao questionário on-line.

Conforme as suas respostas ao questionário, poderemos ou não convidá-la a participar num estudo de prevenção/intervenção precoce. As participantes serão distribuídas aleatoriamente por uma das duas condições: 1. grupo experimental – participam no programa de prevenção/intervenção precoce além da prestação de cuidados de rotina; 2. grupo de controlo: apenas com prestação de cuidados de rotina. O programa inclui oito sessões, de aproximadamente uma hora e meia cada, em pequenos grupos (n=8). As despesas relativas às deslocações para participar no programa serão reembolsadas através de bens de consumo necessários no período pós-parto (por exemplo, fraldas).

Aproximadamente no segundo e no sexto meses após o parto, voltaremos a solicitar-lhe o preenchimento de um questionário de auto-resposta. Nestes momentos iremos também fazer-lhe uma breve entrevista acerca do seu estado de humor.

A sua participação não acarreta qualquer risco. As avaliações necessárias serão feitas em data e local a combinar e de acordo com a sua preferência.

Psicologia Médica
Faculdade de Medicina
Rua Larga; 3004 – 504 Coimbra, P – Portugal

Tel: 239 857 759
<http://www.uc.pt/fmuc/pm>
E-Mail: bemestarperinatal.fmuc@gmail.com



Prevedemos que as mulheres que participem no programa de prevenção/intervenção precoce durante a gravidez tenham uma menor probabilidade de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade no período pós-parto.

A verificar-se este resultado esperado, as mulheres que não participem nos programas (grupos de controlo) terão oportunidade de participar em programas adaptados à fase do período perinatal em que se encontrem.

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com o seu médico assistente não será prejudicada. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios. Ser-lhe-á pedido para informar o investigador, se decidir retirar o seu consentimento.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira
Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Rua Larga, 3004-504 Coimbra
Telefone: 239857700
Telemóvel: 964404676
E-mail: apereira@fmed.uc.pt; bemestarperinatal.fmuc@gmail.com

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A
OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.



CONSENTIMENTO INFORMADO

Código:

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao investigador responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome da Participante _____

Assinatura : _____ Data: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Escala de Rastreamento de Depressão Perinatal (ERDP-24)

B. A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mulheres grávidas podem ter **ANTES DO NASCIMENTO** do seu bebé. Coloque um **círculo** na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**. **Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.**

NO ÚLTIMO MÊS, EU...

	1	2	3	4	5
	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. tive dificuldades em dormir.	1	2	3	4	5
2. senti-me completamente sozinha.	1	2	3	4	5
3. não consegui concentrar-me em nada.	1	2	3	4	5
4. senti-me um fracasso.	1	2	3	4	5
5. comecei a pensar que estaria melhor morta.	1	2	3	4	5
6. perdi o apetite.	1	2	3	4	5
7. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).	1	2	3	4	5
8. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
9. senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
10. senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria.	1	2	3	4	5
11. senti que as outras grávidas eram melhores do que eu.	1	2	3	4	5
12. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
13. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
14. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
15. senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu futuro bebé.	1	2	3	4	5
16. quis fazer mal a mim própria.	1	2	3	4	5
17. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
18. tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
19. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
20. senti que o meu futuro bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
21. sabia que devia comer mas não consegui.	1	2	3	4	5
22. senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro.	1	2	3	4	5
23. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
24. só queria deixar este mundo.	1	2	3	4	5

(não preencher)FR Sx

Questionário de Pensamento Perseverativo – 15 (QPP-15)

As próximas questões relacionam-se com o seu **MODO HABITUAL DE SER**. Por favor, coloque um círculo na resposta que melhor se aplica a si, usando as escalas de resposta indicadas.

A. Neste questionário pedimos que descreva a forma como habitualmente pensa sobre experiências negativas ou problemas. Por favor leia as seguintes afirmações e assinale em que medida elas se aplicam a si, quando pensa nas **experiências negativas ou problemas**.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Os mesmos pensamentos passam pela minha cabeça vezes sem conta.	0	1	2	3	4
2. Os pensamentos metem-se na minha cabeça.	0	1	2	3	4
3. Não consigo parar de cismar nos pensamentos.	0	1	2	3	4
4. Penso em muitos problemas sem resolver nenhum deles.	0	1	2	3	4
5. Não consigo fazer mais nada enquanto penso sobre os meus problemas.	0	1	2	3	4
6. Os meus pensamentos repetem-se.	0	1	2	3	4
7. Os pensamentos vêm-me à cabeça sem que eu queira.	0	1	2	3	4
8. Fico bloqueada em certas questões e não consigo avançar.	0	1	2	3	4
9. Questiono-me continuamente sem encontrar nenhuma resposta.	0	1	2	3	4
10. Os meus pensamentos impedem-me de prestar atenção a outras coisas.	0	1	2	3	4
11. Estou continuamente a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
12. Os pensamentos surgem subitamente na minha cabeça.	0	1	2	3	4
13. Sinto-me levada a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
14. Os meus pensamentos não me ajudam muito.	0	1	2	3	4
15. Os meus pensamentos consomem toda a minha atenção.	0	1	2	3	4

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett – 13 (EMP-H&F-13)

B. A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo, relativamente a cada uma das afirmações.

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
1. Um dos meus objetivos é ser perfeita em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
2. Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7
3. Raramente sinto o desejo de ser perfeita.	1	2	3	4	5	6	7
4. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
5. Faço tudo o que posso para ser tão perfeita quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
6. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
7. Esforço-me para ser a melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
8. De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
9. Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
10. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedida.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1	2	3	4	5	6	7
12. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1	2	3	4	5	6	7
13. É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Atitudes Disfuncionais face à Maternidade (EAM)

As afirmações que se seguem são sobre maternidade. Por favor indique quanto concorda com cada uma, utilizando a seguinte escala de resposta:

	1	2	3	4	5	6
	Discordo sempre	Discordo a maioria das vezes	Discordo algumas vezes	Concordo algumas vezes	Concordo a maioria das vezes	Concordo a sempre
25. Se eu cometer um erro, as pessoas vão pensar que sou uma má mãe.	1	2	3	4	5	6
26. Se o meu bebé estiver a chorar, as pessoas vão pensar que não sou capaz de cuidar dele adequadamente.	1	2	3	4	5	6
27. Provavelmente, as pessoas vão pensar pior de mim se eu cometer erros enquanto mãe.	1	2	3	4	5	6
28. Procurar ajuda de outras pessoas para cuidar do meu bebé faz-me sentir incompetente.	1	2	3	4	5	6
29. Sou a única pessoa que consegue manter o meu bebé em segurança.	1	2	3	4	5	6
30. As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar.	1	2	3	4	5	6
31. Deveria ser mais dedicada ao meu bebé.	1	2	3	4	5	6
32. Se eu amo o meu bebé, deveria querer estar sempre com ele.	1	2	3	4	5	6
33. Se eu falhar como mãe, sou um fracasso como pessoa.	1	2	3	4	5	6
34. É errado sentir-me desiludida com a maternidade.	1	2	3	4	5	6
35. É errado ter sentimentos contraditórios em relação ao meu bebé.	1	2	3	4	5	6
36. É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé.	1	2	3	4	5	6