



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Bárbara Caetano Pereira Rodrigues

**IMPORTÂNCIA PERCEBIDA PARA OS OUTROS E
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM MULHERES
PORTUGUESAS NO PERÍODO PÓS-PARTO COM ALTO
E BAIXO RISCO PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
O PAPEL MEDIADOR DA SOLIDÃO**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de Psicologia e Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Professora Doutora Ana Dias da Fonseca e pela Professora Doutora Maria Cristina Cruz Sousa Portocarrero Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2021

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**IMPORTÂNCIA PERCEBIDA PARA OS
OUTROS E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA
NAS MULHERES PORTUGUESAS NO
PERÍODO PÓS-PARTO COM ALTO E BAIXO
RISCO PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
O Papel Mediador da Solidão**

Ana Bárbara Caetano Pereira Rodrigues

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Professora Doutora Ana Dias da Fonseca e pela Professora Doutora Maria Cristina Cruz Sousa Portocarrero Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2021



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Fonseca, por ser um exemplo de excelência e profissionalismo. Obrigada pela exímia orientação, por todos os conhecimentos transmitidos, pelo rigor, por toda a disponibilidade e incessante cuidado. Agradeço, também, a sua simpatia, generosidade, todas as palavras de incentivo e incansável dedicação e compreensão.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pela sua exigência e por ser uma referência de excelência e profissionalismo. Agradeço e admiro o seu rigor, bem como toda a partilha de conhecimento.

À Dra. Mariana Branquinho, por toda a disponibilidade e ajuda na recolha da minha amostra. Obrigada por todo o cuidado, simpatia e compreensão que sempre demonstrou para comigo.

À Dra. Alzira Albuquerque, o meu primeiro grande exemplo de excelência e profissionalismo, por quem tenho uma estima, carinho e admiração enormes. Obrigada por me permitir chorar, por todas as palavras de apoio e incentivo, incessante dedicação, cuidado e generosidade. Estar-lhe-ei eternamente grata por tudo o que me ensinou e fez por mim!

Aos meus pais, por serem o meu maior exemplo, por estarem sempre lá para me amparar as quedas e nunca me terem deixado desistir. A vocês que acreditaram em mim, mesmo quando eu não acreditei, que me passaram os valores certos e são o meu porto seguro, isto é para vocês!

Ao meu irmão, de quem sou assumidamente fã. Aquele que vai sempre na frente a desbravar caminho, que tem o coração no sítio certo e está sempre lá para me guiar e dar a mão. Obrigada por seres um exemplo de resiliência, de persistência e, por todos os dias, seres uma referência na minha vida.

À minha tia “Lila” por quem tenho um enorme carinho. Obrigada por todo o apoio, afeto e palavras de força.

Aos meus “rebentos”, as minhas Marianas. Pela amizade, por terem um coração de ouro e me terem dado o privilégio de as acompanhar ao longo do seu percurso académico (e espero que ao longo da vida).

À Bárbara, a minha amiga do coração. Por estar lá para mim desde o primeiro segundo, por todas as lágrimas que me secou, por me dar a mão sempre que é preciso, por fazer de Coimbra casa e por todos os momentos memoráveis que partilhamos. Obrigada por seres uma amiga de verdade!

À Rafa, por ser genuína nas suas palavras e ações, por todas as palavras de incentivo, por acreditar sempre em mim, por toda a paciência e tolerância e por ser uma “lufada de ar fresco”. Obrigada pela tua incansável e preciosa amizade!

À Marta, por ter entrado de repente na minha vida e não mais ter saído. Pela amizade, pela generosidade e por todos os almoços. Que bela surpresa foste!

À Diana, por dar outro sentido ao mestrado, por estar lá a qualquer momento, ser amiga e arranjar sempre um tempinho para mim.

À Margarida e à Daniela, por todos os cafés e partilhas, por todas as memórias criadas, por serem um ombro amigo e uma base segura. Levo-vos comigo para a vida!

À Dani, por estar sempre disponível para mim, pela sua constante preocupação e apoio. Obrigada por todo o carinho, tolerância e por seres uma constante na minha vida. É muito bom ter-te comigo!

Às minhas amigas de uma vida, Bruna, Maria e Matilde. Por estarem sempre disponíveis, sem cobranças ou julgamentos. Por simplesmente ouvirem e terem sempre a melhor palavra e o abraço casa.

A todas as senhoras, que mesmo com todas as exigências e desafios inerentes à maternidade e aos cuidados de um recém-nascido, acrescido das circunstâncias da Covid-19, disponibilizaram algum do seu tempo para responder ao protocolo online e, dessa forma, contribuíram para que este estudo se realizasse. Sem vocês isto não seria possível!

Aqueles que não mencionei e que passaram pela minha vida pessoal/académica e deixaram a sua marca, o meu bem hajam.

A todos vós, o meu muito obrigada!

*“No teu poema
Existe a esperança acesa atrás do muro
Existe tudo o mais que ainda escapa
E um verso em branco à espera de futuro.”*

José Luís Tinoco

Resumo

Objetivos: O presente estudo teve como principais objetivos, (a) compreender a relação entre importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas no período pós-parto, (b) perceber se esta relação é similar em mulheres com alto ou baixo risco para a depressão pós-parto. **Metodologia:** Este estudo transversal, incluiu uma amostra recolhida online, composta por 530 mulheres portuguesas no período pós-parto, que responderam a questionários de autorresposta com o intuito de avaliar o risco para a depressão pós-parto (332 mulheres apresentaram alto risco para depressão pós-parto e 198 apresentaram baixo risco), a sintomatologia depressiva e os níveis de importância percebida para os outros e solidão. **Resultados:** Mulheres com alto risco para desenvolver depressão pós-parto, apresentaram menores níveis de importância percebida para os outros e maiores níveis de solidão e sintomatologia depressiva; verificou-se que as relações entre importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva foram significativas, $p < .001$. A relação entre importância percebida para os outros e sintomatologia depressiva no pós-parto, ocorreu direta e indiretamente através da solidão, IC = [-0.75, -0.46]. O efeito direto apenas se verificou no grupo com alto risco para depressão pós-parto, enquanto o efeito indireto ocorreu nos dois grupos (com alto e baixo risco para a depressão pós-parto). **Conclusões:** Estes resultados demonstram a importância de se estudar a solidão enquanto possível mecanismo de risco para a depressão pós-parto e alertam para a importância em se considerar a importância percebida para os outros e a solidão na avaliação e intervenção de mulheres no período perinatal.

Palavras-chave: depressão pós-parto, importância percebida para os outros, mulheres portuguesas, pós-parto, risco para depressão pós-parto, sintomas depressivos, solidão

Abstract

Objectives: The current study aimed to (a) understand the relationship between mattering, loneliness, and depressive symptoms in Portuguese postpartum women, (b) understand if this relationship is similar in women with high or low risk for postpartum depression. **Method:** This cross-sectional study included a sample collected online, comprised of 530 Portuguese women in the postpartum period, who answered self-report questionnaires to assess the risk for postpartum depression (332 women presented a high risk to postpartum depression, and 198 a low risk to postpartum depression), depressive symptoms, mattering, and loneliness. **Results:** Women at high risk for developing postpartum depression had lower levels of mattering and higher levels of loneliness and depressive symptoms; it was found that the relationships between mattering, loneliness, and depressive symptoms were significant, $p < .001$. The relationship between mattering and postpartum depressive symptoms occurred directly and indirectly through loneliness, 95% CI = [-0.75, -0.46]. The direct effect was only found in the group at high risk for postpartum depression, while the indirect effect occurred in both groups (with high and low risk for postpartum depression). **Conclusions:** These results highlight the importance of studying loneliness as a possible risk mechanism for postpartum depression and alert to the pertinence of considering mattering and loneliness in the assessment and intervention of women in the perinatal period.

Keywords: depressive symptoms, loneliness, mattering, Portuguese women, postpartum, postpartum depression, risk to postpartum depression

Índice

Importância Percebida para os Outros e Sintomatologia Depressiva em Mulheres Portuguesas no Período Pós-Parto com Alto e Baixo Risco para a Depressão Pós-Parto: O Papel Mediador da Solidão.....	1
Metodologia	9
Resultados	16
Discussão	20
Referências.....	28

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema Concetual do Estudo	8
Figura 2. Efeitos Direto e Indireto da Relação Entre Importância Percebida para os Outros e Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto.....	18

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas, Clínicas e da Criança	9
Tabela 2. Comparação dos Níveis de Importância Percebida para os Outros, Solidão e Sintomatologia Depressiva em Mulheres com Alto e Baixo Risco para a DPP	16

Importância Percebida para os Outros e Sintomatologia Depressiva em Mulheres Portuguesas no Período Pós-Parto com Alto e Baixo Risco para a Depressão Pós-Parto: O Papel Mediador da Solidão

A transição para a maternidade é cada vez mais reconhecida como um período exigente e associado a elevados níveis de stress, cujas mudanças e desafios podem funcionar como fator precipitante para o desenvolvimento (ou recorrência) de problemas de saúde mental na mulher (Fonseca & Canavarro, 2017; Wenzel & Kleiman, 2015).

A depressão pós-parto (DPP) é a condição clínica mais prevalente no período pós-parto, afetando cerca de 10 a 15% das mulheres (O'Hara & McCabe, 2013), e pode definir-se como um episódio depressivo maior que ocorre nos primeiros 12 meses após o parto (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013). Apesar de a sintomatologia da DPP ser similar àquela que caracteriza episódios depressivos ocorridos noutros períodos de vida (e.g., humor disfórico, perda de interesse nas atividades diárias, perda de apetite, insónia ou hipersónia; Milgrom & Gemmil, 2014), a verdade é que esta apresenta algumas especificidades. Assim, na DPP verificam-se maiores flutuações de humor, choro, sentimentos de desesperança, culpa, preocupação exacerbada acerca do bem-estar do bebé e da própria competência parental, dificuldade em estabelecer ligação com o bebé, medo de estar sozinha com o bebé, de sair com ele ou mesmo de o magoar, isolamento social, e/ou ansiedade (Riecher-Rössler & Hofecker, 2003; Robertson et al., 2004). Pensamentos intrusivos acerca de prejudicar ou maltratar o bebé são também frequentes na DPP e causam muito sofrimento às mães (Fairbrother & Woody, 2008). Um estudo na população portuguesa, que contou com uma amostra de 92 mulheres, postula que os sintomas depressivos clinicamente significativos no pós-parto atingem cerca de 19.6% destas nas seis semanas pós-parto (Pereira et al., 2016).

São várias as consequências negativas associadas à DPP. As mulheres que apresentam esta condição clínica, apresentam mais dificuldades no desempenho de tarefas associadas à maternidade, como brincar ou falar com a criança (Field, 2010; Goodman et al., 1993; Haga et al., 2012). Não obstante, a DPP acarreta consequências para todo o sistema familiar, nomeadamente pode afetar o desenvolvimento cognitivo (Kingston et al., 2012), emocional e comportamental da criança (Feldman et al., 2009; Fihrer et al., 2009), bem como o seu estilo de vinculação (McMahon et al., 2006; Tomlinson et al., 2005). Adicionalmente, tem repercussões na relação mãe-bebé (e.g., mais hostilidade e menos emoções positivas; O'Hara,

2009), bem como nos companheiros, que relatam sentir-se oprimidos, frustrados, irritados e desamparados (Goodman, 2008).

No último ano (desde março de 2020), a pandemia mundial (COVID-19), com as suas especificidades e restrições, trouxe inúmeras consequências ao nível da saúde física e mental das populações, constituindo as mulheres grávidas e no período pós-parto um dos particulares grupos afetados (Dib et al., 2020). Neste âmbito, surgiram vários estudos que postulam que a prevalência de sintomas depressivos nas mulheres no período pós-parto aumentou face ao período anterior à pandemia (Ostacoli et al., 2020; Zanardo et al., 2020). Nomeadamente, o estudo de Zanardo et al. (2020), realizado com dois grupos de mulheres - um cujo pós-parto se sucedeu no ano anterior à pandemia e outro em que o parto e pós-parto se realizou durante o período pandémico – demonstrou que 30% das mulheres que tiveram filhos durante a Covid-19, apresentaram sintomas depressivos com significado clínico, por comparação com 11.9% das mulheres que tiveram filhos e passaram pelo período pós-parto no ano anterior à pandemia. Importa ainda evidenciar que um estudo realizado em Itália, por Spinola et al. (2020), verificou que as mulheres no pós-parto que ficaram em isolamento na zona mais afetada de Itália (norte) – em termos de contágios e mortes – experimentaram um maior incremento ao nível da sintomatologia depressiva, por comparação com as que estavam nas zonas menos afetadas (sul e centro). Em concomitância, verificou-se um maior aumento da sintomatologia depressiva nas mulheres no período pós-parto, do que na população em geral (Spinola et al., 2020).

Fatores de Risco para a DPP

São diversos os fatores essenciais à compreensão da etiologia da DPP, sendo vários os estudos que se ocuparam do estudo dos que incrementam a probabilidade de uma mulher desenvolver DPP, ou seja, os fatores de risco. De uma forma geral, estes podem ser repartidos por diferentes categorias, nomeadamente, fatores sociodemográficos, fatores clínicos, fatores obstétricos, fatores psicológicos, acontecimentos de vida stressantes, apoio social e relação conjugal, e fatores relacionados com a criança (Fonseca & Canavarro, 2017).

De entre os fatores de risco identificados, os que apresentam uma associação moderada a forte com DPP são, para além do pobre apoio social, a existência de um histórico de episódios depressivos anteriores, baixa-autoestima, acontecimentos de vida stressantes (inclusive os cuidados do recém-nascido), uma relação conjugal pobre (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013), ansiedade e depressão durante a gravidez (Milgrom et al., 2007; Robertson et al., 2004), bem como a melancolia pós-parto (Fonseca & Canavarro, 2017). Para além disso, a literatura

também aponta como fatores de risco com uma associação modesta com a DPP, um baixo estatuto socioeconómico, complicações obstétricas, uma gravidez indesejada, ser mãe solteira e o temperamento difícil do recém-nascido (O'Hara & McCabe, 2013).

Sendo um fator de risco uma condição ou característica que aumenta a probabilidade de alguém desenvolver determinada condição clínica, em comparação com um indivíduo escolhido aleatoriamente na população geral (Pope, 2000), o facto de uma mulher apresentar um ou vários fatores de risco não determina o desenvolvimento da DPP. Por outro lado, apesar das mulheres com baixo risco para a DPP terem menor probabilidade de a desenvolver em comparação às que apresentam risco elevado (i.e., mais fatores de risco para a DPP), isso não significa que não possam apresentar esta condição clínica.

Embora haja um vasto corpo literário acerca dos fatores de risco para a DPP e das consequências da DPP, pouco se sabe acerca dos mediadores e moderadores que influenciam o efeito dos fatores de risco na DPP (O'Hara & McCabe, 2013). Segundo O'Hara e McCabe (2013), a pesquisa neste âmbito deveria ser uma prioridade. Assim, propomo-nos a estudar o papel da solidão e da importância percebida para os outros enquanto potenciais mecanismos de risco na emergência de sintomatologia depressiva no pós-parto.

Solidão e Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto

A falta de apoio social, i.e., a falta ou indisponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, com quem se pode contar e que nos fazem sentir cuidados, amados e com valor (Liu et al., 2014), tem sido apontada consistentemente na literatura como um dos principais fatores de risco para a DPP (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013; Norhayati et al., 2015). Contudo, é importante não confundir pobre apoio social, isolamento social - falta de contacto social, que pode ser quantificada objetivamente (Beutel et al., 2017) - e solidão - concetualizada como uma experiência dolorosa e subjetiva da ausência de contacto social, de pertença a um grupo ou sensação de isolamento (Tomaka et al., 2006). Note-se que a solidão pode ser compreendida em duas dimensões, (1) solidão emocional, que se reporta a uma perceção de intimidade na relação que não é satisfatória e, (2) solidão social, que está patente quando a quantidade e a qualidade das relações com os outros são inferiores ao desejado (Weiss, 1973).

Recentemente, fruto da Covid-19 e de todas as restrições que esta implicou, o processo de socialização e apoio presencial às grávidas e mulheres no pós-parto, tornou-se escasso, o que teve repercussões ao nível da sua saúde mental (Ollivier et al., 2021). Por exemplo, no que respeita ao pós-parto imediato, deixou de ser possível a presença do pai do bebé ou de um

acompanhante na sala de parto, foram impedidas as visitas no internamento, bem como se tornaram restritas as visitas a casa por parte de familiares e amigos, não apenas devido à imposição de distanciamento social, mas também porque as mulheres no pós-parto relatam ter receio de colocar o recém-nascido e a restante família em risco de contrair a doença (Dol et al., 2021; Ollivier et al., 2021). Segundo o que alguns estudos realizados com mulheres no período pós-parto concluíram, todas estas restrições acabaram por provocar isolamento, desamparo e falta de apoio por parte de familiares e amigos, o que se traduziu num sentimento marcado de solidão, bem como a presença de sintomatologia depressiva (Dol et al., 2021; Ollivier et al., 2021). É de relevar que as mulheres no período pós-parto, afirmam que o facto de não poderem partilhar parte das suas experiências com a família, a sua rede social de apoio e com outros pais, faz com que sintam que parte da experiência enquanto mães lhe está a ser retirada, o que gera nelas uma sensação de isolamento e solidão (Ollivier et al., 2021).

Na verdade, de acordo com alguns autores, a solidão e o isolamento social afetam negativamente a saúde física e mental (Holt-Lunstad et al., 2015; Theeke et al., 2016). De facto, uma vasta literatura, considera que a solidão é um dos mais fortes fatores de risco para a ocorrência de depressão (Cacioppo et al., 2006; Cacioppo et al., 2010; VanderWeele et al., 2011), postulando que maiores níveis de solidão estão associados a maiores níveis de sintomatologia depressiva e, por sua vez, a uma menor probabilidade de remissão (Wang et al., 2018). Exemplo disto, é o estudo longitudinal realizado por Holvast et al. (2015), cujos resultados mostraram que os participantes com um nível de solidão muito elevado, têm menos probabilidade que a depressão remita, em comparação com aqueles que não reportam solidão.

Num estudo realizado por Beutel, em 2017 na população geral, concluiu-se que mais de metade dos participantes que reportavam solidão, estavam também deprimidos. Ao passo que no grupo de comparação, em que a solidão não estava presente, apenas cerca de 5% apresentou depressão. No mesmo sentido, também os resultados do estudo realizado por Ge et al. (2017) na população geral, mostraram que mesmo controlando os fatores sociodemográficos, a sintomatologia depressiva se encontra mais evidenciada quanto mais significativo o sentimento de solidão, i.e., maiores níveis de solidão levam a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Importa ainda notar que é provável que a depressão faça com que as pessoas avaliem o apoio social disponível como insuficiente e, assim, se sintam emocionalmente solitárias (Wang et al., 2018). Neste contexto, um estudo recente realizado com grávidas, mostrou que a solidão medeia a relação entre o apoio social percebido e a depressão (Harrison et al., 2021).

Ademais, este construto começou a ser apontado como um fator importante para a compreensão da DPP (Kruse et al., 2014). De acordo com um estudo realizado com mulheres indianas com um período de gestação superior a 36 semanas, ou no pós-parto, a percentagem daquelas que no período pós-parto revelaram experimentar solidão, revelou-se maior nas que apresentavam DPP (26.3%) do que nas que não apresentavam um diagnóstico clínico de DPP (6.9%; Zaidi et al., 2017). Apesar de serem poucos os estudos neste âmbito, de acordo com Kruse et al. (2014), uma possível explicação da relação entre a solidão e a DPP pode passar pelo facto da mulher se sentir desligada daquela que é a sua rotina normal, sentindo falta do seu modo de vida anterior, o que pode contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-parto.

Importância Percebida para os outros e Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto: O Potencial Papel Mediador da Solidão

O construto *mattering* (importância percebida), inicialmente concetualizado por Rosenberg e McCullough (1981), diz respeito à tendência de nos considerarmos significativos para os outros, i.e., a crença de que somos importantes para as pessoas que são importantes para nós. A importância percebida para os outros, encerra em si quatro aspetos essenciais (1) atenção [as nossas ações são reconhecidas e notadas por outros significativos], (2) importância [perceção de que os outros se importam e interessam por nós, bem como com o nosso futuro], (3) extensão do ego [sensação de que as pessoas que são importantes para nós ficarão orgulhosas do nosso sucesso e tristes com os nossos fracassos], e (4) dependência [sensação de que os outros confiam e dependem de nós] (Taylor & Turner, 2001; Rosenberg & McCullough, 1981). A par disto, este construto apresenta duas dimensões, nomeadamente *general mattering* (importância que temos na sociedade ou na comunidade) e *interpersonal mattering* (importância que temos para pessoas significativas, prestar atenção às suas necessidades e mostrar interesse por elas; Rosenberg & McCullough, 1981).

Importa referir que a importância percebida para os outros se encontra associada ao bem-estar e à saúde mental, nomeadamente à depressão (Cha, 2015). São vários os estudos que postulam que a importância percebida para os outros se encontra significativa e negativamente associada com a depressão, i.e., uma menor perceção de importância percebida para os outros encontra-se associada a mais sintomas depressivos (Nash et al., 2015; Taylor & Turner, 2001). De acordo com os resultados do estudo de Taylor e Turner (2001) na população geral, ao longo do tempo, mudanças ao nível da importância percebida para os outros, são preditivas de

mudanças na sintomatologia depressiva. Para além disso, a relação que este construto tem com a depressão encontra-se condicionada pelo género, ou seja, alterações ao nível da importância percebida para os outros estão associadas a variações na depressão nas mulheres, mas não nos homens (Taylor & Turner, 2001). Apesar de vários estudos demonstrarem a relação da importância percebida para os outros com a depressão (Cha, 2015; Nash et al., 2015; Taylor & Turner, 2001), do nosso conhecimento, não há nenhum estudo que se foque na relação entre esta variável e a sintomatologia depressiva no pós-parto, sendo por isso importante explorar esta relação.

Com efeito, sentirmos que os outros não se importam connosco e que não somos uma fonte de interesse por parte deles, pode levar a que experimentemos uma sensação de solidão (McComb et al., 2020). Neste sentido, recentemente, tem sido colocado em hipótese o facto de a importância percebida para os outros estar relacionada com a solidão (Flett et al., 2016; McComb et al., 2020). Todavia, de acordo com o nosso conhecimento, há, até ao momento, apenas dois estudos que se ocupam do estudo da relação destes dois construtos (ver Flett et al., 2016; McComb et al., 2020).

Flett et al. (2016), realizaram um estudo cujo objetivo era demonstrar que existe uma associação entre diversas variáveis psicossociais, de entre as quais a importância percebida para os outros e a solidão. Neste âmbito, foi encontrada uma associação negativa e robusta entre os dois construtos, o que corrobora a hipótese de que uma menor sensação de importância percebida para os outros está associada a níveis mais elevados de solidão. O mesmo foi postulado por McComb et al. (2020), num estudo realizado com jovens mulheres entre os 18 e os 25 anos, em que se concluiu que a importância percebida para os outros funcionava como preditor da solidão.

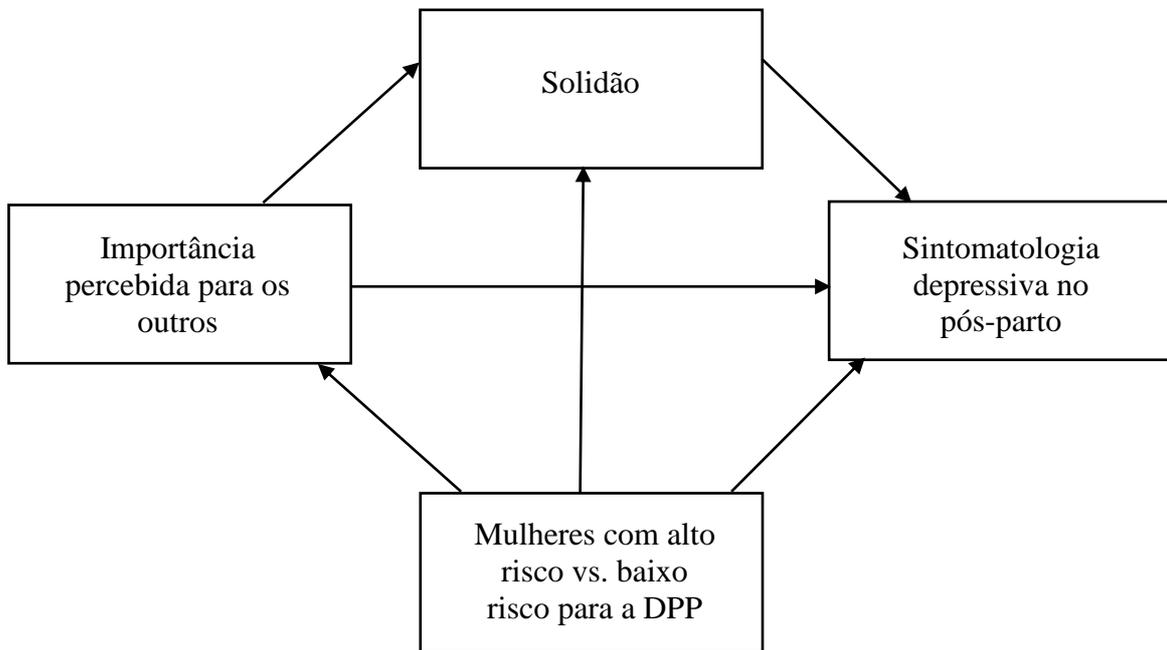
Finalmente, uma vez que os dois construtos se encontram associados a problemas de saúde mental, bem como uma menor importância percebida para os outros mostrou predizer maiores níveis de solidão, é importante compreender como é que a relação entre importância percebida para os outros e solidão pode ter influência na saúde mental das mulheres no período pós-parto. Face a isto, torna-se importante examinar não só a relação entre importância percebida para os outros e a sintomatologia depressiva no período pós-parto, bem como se a solidão pode ter um papel mediador nesta relação.

O Presente Estudo

O presente estudo pretende compreender qual a relação entre importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas que se encontram no período pós-parto. Adicionalmente, como forma de perceber se a importância percebida para os outros e a solidão podem funcionar como mecanismos de risco para a DPP, i.e., mecanismos através dos quais os fatores de risco atuam, é importante investigar se esta relação é similar em mulheres que apresentam alto risco para a DPP e mulheres que apresentam baixo risco para a DPP. Tendo isto em linha de conta, esta investigação tem quatro objetivos específicos. Em primeiro lugar, pretende-se caracterizar e comparar os níveis de importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva em mulheres com alto risco ou baixo risco para DPP. De acordo com o acima exposto, e tendo em conta a identificação prévia de fatores de risco interpessoais para a DPP (e.g., falta de apoio social), espera-se que as mulheres com alto risco para a DPP apresentem maiores níveis de solidão e sintomatologia depressiva, bem como uma menor importância percebida para os outros, por comparação com as mulheres com baixo risco para a DPP. Em segundo lugar, pretende-se examinar a relação entre importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas no período pós-parto. Apesar dos estudos existentes se focarem na população geral (Flett et al., 2016; Nash et al., 2015; Ge et al., 2017), é possível hipotetizar que quanto menor a importância percebida para os outros, maior o sentimento subjetivo de solidão e a sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas no período pós-parto, e que níveis mais elevados de solidão se encontrem associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Em terceiro lugar, pretende-se avaliar o potencial papel mediador da solidão na relação entre a importância percebida para os outros e a sintomatologia depressiva no período pós-parto. Em quarto lugar, pretende-se caracterizar o papel moderador da presença de risco para DPP (alto risco vs. baixo risco para a DPP) no modelo de mediação acima apresentado. Relativamente aos dois últimos objetivos, não foram estabelecidas hipóteses, uma vez que não há, do nosso conhecimento, literatura que os sustente.

Figura 1

Esquema Conceitual do Estudo



Metodologia

Descrição Sociodemográfica e Clínica da Amostra

A amostra foi constituída por 530 mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 49 anos, sendo que, na maioria, estas são casadas/vivem em união de facto ($n = 481$, 90.8%), têm habilitações literárias ao nível da Licenciatura ($n = 232$, 43.8%), trabalham por conta de outrem ($n = 400$, 75.5%), têm um rendimento mensal médio entre 500€ e 1000€ ($n = 249$, 47.0%) e residem em meio urbano ($n = 395$, 74.5%).

Em termos de risco para desenvolver DPP, 332 (62.6%) apresentam alto risco de desenvolver DPP. Já no que respeita à história prévia de problemas psiquiátricos ou psicológicos, 31.3% ($n = 166$) revelam já ter padecido de algum problema deste tipo e 36.8% ($n = 195$) já tiveram tratamento/acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Após o nascimento do bebé, 28 (5.3%) mulheres afirmam ter sido diagnosticadas com algum problema de saúde mental, 47 (9.9%) foram acompanhadas por psiquiatra ou psicólogo, tendo 5.8% ($n = 31$) começado o tratamento antes do bebé nascer. Por sua vez, 3.6% ($n = 19$) relatam que o tratamento recebido estava relacionado com problemas psicológicos, mas não com a gravidez e o pós-parto, ao passo que 4% ($n = 21$) afirma que o tratamento estava relacionado com a gravidez e o pós-parto. Para além disso, 380 (71.7%) mulheres estão a amamentar e 35 (6.6%) relatam ter sido diagnosticadas com algum problema físico após o nascimento do bebé.

A idade dos bebés varia entre os 0 e os 12 meses e nasceram entre as 31 e as 42 semanas de gestação. Das 530 participantes, 44 (8.6%) relatam ter sido detetado algum problema médico ao bebé.

As características sociodemográficas, clínicas e da criança, encontram-se apresentadas mais detalhadamente na Tabela 1.

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas, Clínicas e da Criança

Variável	% (N = 530)
Caraterísticas Sociodemográficas	
Idade (M, DP)	M = 33, DP = 4.94
Estado Civil	
Casada/União de Facto	481 (90.8%)

Numa relação (sem viver junto)	9 (1.7%)
Separada, divorciada, solteira, viúva	40 (7.5%)
Habilitações Literárias	
Ensino básico (2º ciclo)	3 (0.6%)
Ensino básico (3º ciclo)	25 (4.7%)
Ensino secundário	111 (20.9%)
Licenciatura	232 (43.8%)
Mestrado	133 (25.1%)
Doutoramento	11 (2.1%)
Outras	15 (2.8%)
Situação Profissional	
Estudante	4 (0.8%)
Trabalhador por conta de outrem	400 (75.5%)
Trabalhador por conta própria	58 (10.9%)
Doméstica	9 (1.7%)
Desempregada	54 (10.2%)
Outra	5 (0.9%)
Rendimento Médio Mensal	
Menos de 500€	41 (7.7%)
500€ a 1000€	249 (47.0%)
1000€ a 2000€	186 (35.1%)
2000€ a 3500€	30 (5.7%)
Mais de 3500€	7 (1.3%)
Não sei/Não quero responder	17 (3.2%)
Residência	
Meio Urbano	395 (74.5%)
Meio Rural	135 (25.5%)
Características Clínicas	
Risco para desenvolver DPP	
Baixo risco	198 (37.4%)
Alto risco	332 (62.6%)
História prévia de problemas psiquiátricos ou psicológicos	

Sim	166 (31.3%)
Não	364 (68.7%)
História prévia de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico	
Sim	195 (36.8%)
Não	335 (63.2%)
Problemas psicológicos ou psiquiátricos depois do bebé nascer	
Sim	28 (5.3%)
Não	502 (94.7%)
Atualmente, tem acompanhamento psiquiátrico ou psicológico	
Sim, psicológico	35 (6.6%)
Sim, psiquiátrico	6 (1.1%)
Sim, ambos	6 (1.1%)
Não	483 (91.1%)
O tratamento começou	
Antes do bebé nascer	31 (5.8%)
Depois do bebé nascer	16 (3.0%)
Tratamento relacionado	
Com problemas psicológicos relacionados com a gravidez e pós-parto	19 (3.6%)
Com problemas psicológicos não relacionados com a gravidez e pós-parto	21 (4.0%)
Com outra situação	7 (1.3%)
Problemas físicos desde que o bebé nasceu	
Sim	35 (6.6%)
Não	495 (93.4%)
Caraterísticas da Criança	
Idade (<i>M, DP</i>)	<i>M</i> = 5.22, <i>DP</i> = 3.38
Semanas de gestação do nascimento (<i>M, DP</i>)	<i>M</i> = 38.98, <i>DP</i> = 1.57
Detetado algum problema médico ao bebé	
Sim	44 (8.3%)
Não	486 (91.7%)

Procedimento

O presente estudo encontrava-se integrado num projeto mais vasto, intitulado *Identificação e caracterização de diferentes subtipos de sintomatologia depressiva no pós-parto e avaliação da aceitabilidade de intervenções blended para a depressão pós-parto*, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

A recolha da amostra decorreu entre junho de 2020 e fevereiro de 2021. Os critérios de inclusão para o estudo são: (a) ser mulher no período pós-parto (i.e., ter sido mãe nos últimos 12 meses), (b) ter idade igual ou superior a 18 anos, e (c) ser portuguesa e residente em Portugal.

A amostra foi recolhida online, num único momento de avaliação (estudo transversal) através do preenchimento de um questionário de autorresposta na plataforma LimeSurvey®. Os objetivos subjacentes ao estudo, o papel dos participantes e dos investigadores, bem como os aspetos relativos à confidencialidade e anonimato do questionário, encontravam-se descritos na primeira página do mesmo.

Antes de poderem aceder ao protocolo de avaliação (questionários de autorresposta), as participantes deram o consentimento informado para participar no estudo, assinalando a opção “Aceito participar no estudo”. Foi ainda deixada a informação de que podiam desistir a qualquer momento, se assim o desejassem. A participação no estudo foi voluntária, não tendo havido qualquer tipo de compensação pela participação.

Relativamente à divulgação, esta foi feita nas redes sociais – Instagram, Facebook e LinkedIn –, bem como em grupos e fóruns cuja temática é a parentalidade e onde se insere a população-alvo. Para além disso, foram elaborados folhetos informativos (onde consta um *QR Code* para que os participantes possam aceder ao questionário) que foram colocados no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (maternidade) e na Clínica de São Cosme (também situada em Viseu).

Instrumentos

Questionário de Informação Sociodemográfica, Clínica e do Bebê

Os dados demográficos (e.g., idade, estado civil, número de filhos, nível de ensino, situação profissional, rendimento médio mensal, residência) e clínicos (e.g., história de psicopatologia) das mulheres, bem como informações sobre o bebê (e.g., idade do bebê, idade

gestacional à nascença, se lhe foi detetado algum problema médico), foram recolhidos através de um questionário de autorresposta, desenvolvido pela equipa de investigação.

Inventário de Fatores de Risco para a Depressão Pós-Parto – Revisto (PDPI-R; Beck, 2002; Alves et al., 2018)

Este instrumento avalia a presença de 13 fatores de risco para a DPP identificados numa revisão de literatura (estado civil; nível socioeconómico; autoestima; depressão pré-natal; ansiedade pré-natal; gravidez não planeada/não desejada; história prévia de depressão; apoio social; satisfação conjugal; acontecimentos de vida indutores de stresse; stresse nos cuidados ao bebé; temperamento do bebé; blues pós-parto), com o intuito de sinalizar mulheres que tenham um elevado risco de desenvolver DPP. É composto por 39 itens (e.g., “A gravidez foi desejada?”), com uma escala de resposta do tipo dicotómica (*sim/não*), cotados em 0 (o fator de risco é ausente) ou 1 (o fator de risco está presente), excetuando os dois primeiros itens em que a escala de resposta é categorial e referente ao estado civil e ao nível socioeconómico. No que respeita à pontuação, esta varia entre 0 e 39, sendo que quanto mais elevado o valor, maior o risco de desenvolver DPP. A versão portuguesa do PDPI-R apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente de consistência interna ($KR-20 = 0.80$; Alves et al., 2018). O estudo de validação da versão portuguesa indicou um ponto de corte de 5.5 para a escala, sugerindo que pontuações iguais ou superiores a 5.5 são indicadores de elevado risco de desenvolver DPP (Alves et al., 2018).

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS; Cox et al., 1987; Areias et al., 1996; Figueiredo, 1997)

A EPDS destina-se a avaliar a presença e o grau de severidade da sintomatologia depressiva nos últimos 7 dias. É uma escala de autorresposta, composta por 10 itens (e.g., “Tive ideias de fazer mal a mim mesma”), tendo cada um deles quatro possibilidades de resposta. Note-se que as respostas são cotadas de 0 a 3 – de acordo com a gravidade crescente dos sintomas –, podendo o resultado oscilar entre 0 e 30 pontos, sendo que os itens 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotados de forma inversa.

Segundo Figueiredo (1997), pontuações superiores a nove pontos, são indicadoras da presença de sintomatologia clinicamente significativa. Importa referir que a versão portuguesa apresenta boas qualidades psicométricas, evidenciando uma alta consistência interna (α de Cronbach = 0.85) constituindo-se como uma boa medida do construto que se propõe avaliar (Areias et al., 1996; Figueiredo, 1997). No nosso estudo, o valor de consistência interna da escala também foi alto (α de Cronbach = 0.90).

Escada de Solidão (ULS-6; Neto, 2014)

Esta escala unidimensional, composta por seis itens (e.g., “Sinto que faço parte de um grupo de amigos”), pretende avaliar o sentimento subjetivo de solidão (ênfata essencialmente a solidão social). De modo a reduzir erros nas respostas, a palavra “sozinho” não é incluída nesta escala. Neste seguimento, as respostas podem ser cotadas de 1 – *Nunca* a 4 – *Muitas Vezes*, podendo a pontuação variar entre 6 e 24, sendo que pontuações superiores são indicadoras de um maior sentimento subjetivo de solidão.

A USL-6 apresenta boas propriedades psicométricas, enfatizando-se a sua alta consistência interna (α de Cronbach = 0.82; Neto, 2014). Também no nosso estudo a consistência interna da escala foi alta (α de Cronbach = 0.88).

General Mattering Scale (GMS; Marcus, 1991; Branquinho & Fonseca, em estudo)

A GMS é uma escala unidimensional que tem como objetivo avaliar o grau subjetivo em que o sujeito acredita que é importante para os outros. É composta por cinco itens (e.g., “Quão sente que as pessoas dependem de si?”), respondidos numa escala de resposta entre 1– *Nada* e 4 – *Muitíssimo*. A pontuação total varia entre 5 e 20, sendo que pontuações superiores são indicadoras de maior perceção de que é importante para os outros. No que concerne às propriedades psicométricas na versão portuguesa, estas ainda se encontram em estudo. No entanto, no nosso estudo a consistência interna foi alta (α de Cronbach = 0.87).

Análises Estatísticas

A análise estatística dos dados foi realizada através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 25.0). As características sociodemográficas, clínicas e do bebé, foram descritas utilizando as estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). O teste *t* de Student para amostras independentes foi usado para examinar as diferenças entre os grupos (mulheres com alto risco vs. baixo risco para DPP) nas variáveis em estudo (importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva). O tamanho do efeito foi calculado a partir do *d de Cohen*, podendo ser classificado como pequeno ($0.20 \leq d \leq 0.49$), médio ($0.50 \leq d \leq 0.79$) e grande ($d \geq 0.80$; Cohen, 1988).

Como forma de examinar as associações entre as variáveis (importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva) recorreremos ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Pearson*. Já os coeficientes da correlação de *Spearman* foram utilizados para avaliar as relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e do bebé (idade, habilitações literárias, residência, idade atual do bebé, número de filhos e números de semanas com que o

bebé nasceu) não incluídas no PDPI-R, e a sintomatologia depressiva, de forma a identificar as variáveis a introduzir como covariáveis nos modelos analisados. De acordo com Cohen (1988), a magnitude do efeito destas correlações pode ser classificada como baixa ($r < .30$), moderada ($.30 < r < .50$) ou alta ($r > .50$).

A relação entre as variáveis em estudo (análise dos efeitos diretos, indiretos e de moderação) foi explorada através da Macro PROCESS (Hayes, 2013) do SPSS. Assim, para avaliar os efeitos diretos e indiretos na relação entre a importância percebida para os outros e a sintomatologia depressiva, foi utilizado um modelo de mediação simples, considerando-se como variável independente a importância percebida para os outros, como variável dependente a sintomatologia depressiva e variável mediadora a solidão. Características sociodemográficas, clínicas e do bebé não incluídas no PDPI-R foram introduzidas como covariáveis, caso se encontrassem significativamente associadas com a sintomatologia depressiva ($p < .05$). Devido à existência de *missings* nas covariáveis – nomeadamente nas habilitações literárias – a amostra ficou reduzida a 515 mulheres. O efeito indireto foi estimado através do procedimento de *Bootstrapping* (com 5.000 reamostragens). Neste procedimento não paramétrico, foram calculados os intervalos de confiança (IC; *Bias-Corrected and Accelerated Confidence Intervals*), sendo o efeito indireto considerado significativo se o valor de zero não se encontrar dentro do intervalo dos ICs. Para avaliar o papel moderador do risco para desenvolver DPP no modelo anteriormente referido, foi introduzida a variável dicotómica risco (alto risco vs. sem risco para a DPP) como variável moderadora no modelo anteriormente descrito. Mantiveram-se as variáveis dependente, independente e mediadora, bem como as covariáveis. Foi utilizado o mesmo procedimento não paramétrico para estimar o efeito indireto.

Resultados

Comparação e Caracterização dos Níveis de Importância Percebida para os Outros, Solidão e Sintomatologia Depressiva em Mulheres com Alto e Baixo Risco para DPP.

O teste *t* para amostras independentes revelou diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 2) em mulheres com alto e baixo risco para DPP ao nível da importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva. A magnitude destas diferenças foi considerada grande em todas as variáveis. As mulheres com alto risco para DPP apresentaram menores níveis de importância percebida para os outros e maiores níveis de sentimento subjetivo de solidão e sintomatologia depressiva.

Tabela 2

Comparação dos Níveis de Importância Percebida para os Outros, Solidão e Sintomatologia Depressiva em Mulheres Com Alto e Baixo Risco para a DPP.

	Baixo risco (<i>n</i> = 198)	Alto risco (<i>n</i> = 332)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)			
Importância percebida para os outros (GMS)	15.01 (2.04)	12.73 (8.56)	10.67*	511.04	0.92
Solidão (ULS-6)	10.19 (3.33)	14.86 (4.32)	-13.95*	494.34	1.21
Sintomatologia depressiva (EPDS)	5.25 (3.32)	11.26 (5.61)	-15.49*	527.96	1.30

* $p < .001$

Relação Entre Importância Percebida para os Outros, Solidão e Sintomatologia Depressiva.

Verificou-se que a importância percebida para os outros se associou significativa e negativamente com a sintomatologia depressiva, $r = -.48$, $p < .001$ e com a solidão, $r = -.69$, $p < .001$, (correlação moderada e alta, respetivamente) e, portanto, maiores níveis de importância percebida para os outros, encontraram-se associados a menores níveis de solidão e sintomatologia depressiva. Além disso, a associação entre a solidão e a sintomatologia

depressiva foi significativa, positiva e alta, $r = .56$, $p < .001$, i.e., um maior sentimento subjetivo de solidão, associou-se a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Potencial Papel Mediador da Solidão na Relação Entre Importância Percebida para os Outros e Sintomatologia Depressiva nas Mulheres Portuguesas no Período Pós-Parto.

Análises Preliminares

Foram realizadas correlações entre algumas características sociodemográficas, clínicas e do bebé que não se encontravam presentes no PDPI-R (idade, habilitações literárias, residência, idade atual do bebé, número de filhos e número de semanas com que o bebé nasceu) e a sintomatologia depressiva no pós-parto. De forma global, verificou-se que a idade: $r_s = -.098$, $p = .024$, habilitações literárias: $r_s = -.166$, $p < .001$ e número de filhos: $r_s = -.088$, $p = .043$, apresentaram correlações significativas, negativas e fracas com a sintomatologia depressiva no pós-parto. Assim, foram introduzidas como covariáveis no modelo de mediação.

Efeitos Direto e Indireto da Relação Entre Importância Percebida para os Outros e Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto

A Figura 2 apresenta o modelo referente aos efeitos direto e indireto da relação entre importância percebida para os outros e sintomatologia depressiva no pós-parto. Neste modelo, a importância percebida para os outros e a solidão explicaram 34% da variância da sintomatologia depressiva.

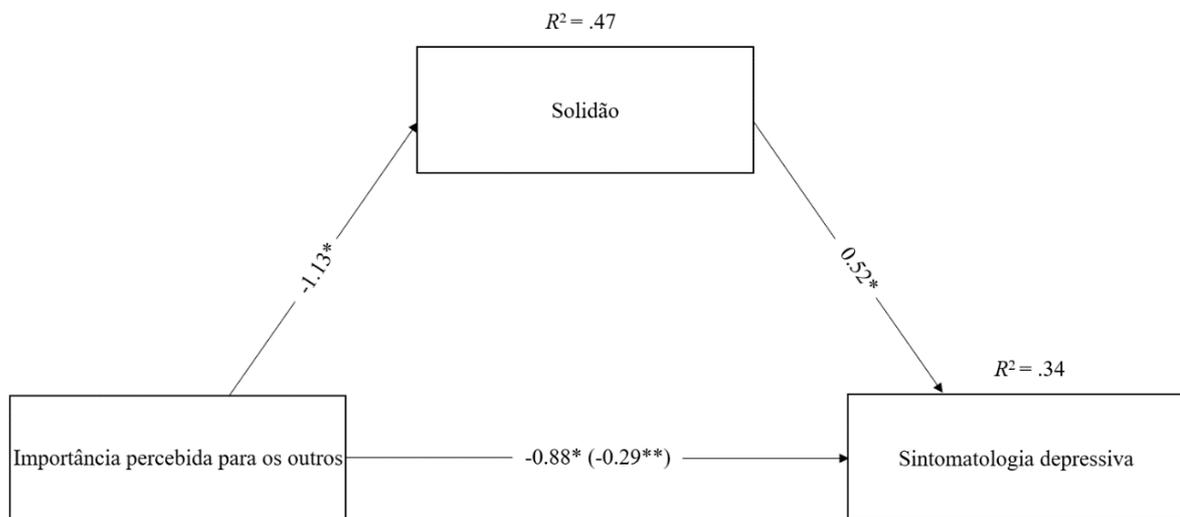
Como é possível verificar na Figura 2, a importância percebida para os outros influenciou significativamente a solidão, explicando 47% da variância desta variável. Além disso, a solidão e a importância percebida para os outros mostraram-se associadas de forma significativa com a sintomatologia depressiva. Apesar de as covariáveis introduzidas no modelo não se terem associado significativamente à solidão, as covariáveis habilitações literárias, $B = -0.81$, $SE = 0.24$, $t = -3.33$, $p = .001$; e número de filhos, $B = -0.63$, $SE = 0.31$, $t = -2.02$, $p = .044$, associaram-se significativamente com os níveis de sintomatologia depressiva.

Assim, o efeito total e o direto da importância percebida para os outros na sintomatologia depressiva foram estatisticamente significativos e, portanto, níveis mais baixos de importância percebida para os outros, estavam associados a uma maior sintomatologia depressiva no pós-parto.

Foi ainda encontrado um efeito indireto da importância percebida para os outros na sintomatologia depressiva através da solidão, $B = 0.60$, $SE = 0.07$, 95% IC = [-0.75, -0.46], o que significa que a relação entre a importância percebida para os outros e a sintomatologia depressiva no pós-parto ocorreu diretamente, mas também de forma indireta, através da experiência de níveis mais elevados de solidão. Por outras palavras, a menor importância percebida para os outros traduziu-se numa maior experiência subjetiva de solidão que, por sua vez, se traduziu em maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Figura 2

Efeitos Direto e Indireto da Relação Entre Importância Percebida para os Outros e Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto



Nota. Os valores das linhas representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Na linha que liga a importância percebida para os outros à sintomatologia depressiva, o valor fora do parêntesis representa o efeito total da variável importância percebida para os outros na sintomatologia depressiva. O valor dentro de parêntesis, representa o efeito direto, estimado a partir das análises de *bootstrapping*, da importância percebida para os outros na sintomatologia depressiva, controlando a solidão.

* $p < .001$, ** $p < .01$

Caraterização do Papel Moderador do Risco para a DPP no Modelo de Mediação.

Quando introduzida no modelo, a presença de risco para DPP mostrou associar-se significativamente à solidão, $B = 5.28$, $SE = 1.88$, $t = 2.80$, $p = .005$, com as mulheres com alto risco para DPP a apresentarem níveis mais elevados de solidão. No entanto, na presença da

solidão, a interação entre a importância percebida para os outros e o grau de risco não foi significativa. Ao nível da sintomatologia depressiva, constatou-se que a influência do risco sobre esta não foi significativa. Além disso, as interações existentes entre a importância percebida para os outros e o risco, bem como entre o risco e a solidão, não foram significativas.

De um modo geral, o efeito direto da importância percebida para os outros na sintomatologia depressiva no período pós-parto, ocorreu no grupo de mulheres com alto risco para DPP, $B = -0.27$, $SE = 0.11$, $t = -2.40$, $p = .016$, mas não no grupo com baixo risco para DPP, $B = -0.08$, $SE = 0.18$, $t = -0.44$, $p = .658$. Por sua vez, o efeito indireto da importância percebida para os outros na sintomatologia depressiva através da solidão verificou-se nos dois grupos, i.e., no grupo com baixo risco para a DPP, $B = -0.27$, $SE = .08$, 95% IC = [-0.46, -0.13], e no grupo com alto risco para a DPP, $B = -0.40$, $SE = 0.09$, 95% IC = [-0.58, -0.23].

Discussão

O presente estudo apresenta resultados inovadores, contribuindo para uma melhor compreensão acerca da relação entre importância percebida para os outros, solidão e sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas que se encontram no período pós-parto, bem como se esta relação é similar em mulheres que apresentam fatores de risco para a DPP e mulheres que apresentam baixo risco para a DPP. Em particular, teve como resultados principais, (1) as mulheres com alto risco para a DPP experimentaram níveis mais elevados de solidão e sintomatologia depressiva e perceberam uma menor importância em relação aos outros por comparação às mulheres com baixo risco para a DPP, e (2) uma menor importância percebida para os outros influenciou negativamente a sintomatologia depressiva nas mulheres portuguesas no período pós-parto, quer direta, quer indiretamente através da percepção de maiores níveis de solidão.

Em primeiro lugar, de forma congruente com a primeira hipótese do nosso estudo, os resultados demonstraram que as mulheres com alto risco para desenvolver DPP perceberam ser menos importantes para os outros e apresentaram maiores níveis de solidão e sintomatologia depressiva, por comparação com as mulheres com baixo risco para desenvolver DPP. De forma congruente com outros estudos (Fonseca & Canavarro, 2017; O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013; Robertson et al., 2004), a presença de mais fatores de risco (e.g., baixo apoio social, baixa autoestima, história de depressão anterior, acontecimentos de vida stressantes) para a DPP aumenta a probabilidade de experienciar sintomatologia depressiva. Neste sentido, apesar de o grupo de mulheres com baixo risco poder experimentar sintomatologia depressiva, há maior probabilidade de o grupo com alto risco desenvolver DPP (Robertson et al., 2004).

No que respeita às diferenças encontradas na importância percebida para os outros e solidão, em função do nível de risco para a DPP, várias hipóteses podem contribuir para explicar estes resultados. Por um lado, sabe-se que a existência de um histórico de episódios depressivos anteriores ou depressão durante a gravidez, são considerados fatores de risco com uma associação forte com a DPP (Milgrom et al., 2007; O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013; Robertson et al., 2004). A depressão é caracterizada por enviesamentos e distorções cognitivas (e.g., catastrofização). Neste sentido, a tríade cognitiva da depressão (interpretações negativas acerca de si, do mundo e do futuro; Beck, 1970; Beck et al., 1979), pode contribuir para que haja uma avaliação e interpretação enviesada e negativa por parte do indivíduo acerca da disponibilidade e apoio dos outros, bem como do quanto os outros o

consideram e percebem como importante. Ou seja, a avaliação do *self* como inadequado e sem valor pode levar o indivíduo a interpretar que é indesejado e que os outros não estarão disponíveis para si (Beck et al., 1979), o que se traduzirá numa menor percepção de que é importante para os outros.

Também o baixo apoio social e a baixa autoestima são dois dos fatores de risco com maior associação com a DPP (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013). As mulheres que experienciam um baixo apoio social (ou que experienciam o apoio social como insuficiente), podem sentir que as suas necessidades não estão a ser satisfeitas ou que os outros não estão disponíveis para si (Heh, 2003; Negron et al., 2013) e, por isso, percebem que são menos importantes para os outros. De realçar, que a percepção de baixo apoio social pode ter sido acentuada no contexto pandémico atual, em virtude das medidas de proteção implementadas (e.g., confinamento, restrição de contactos, restrições dos hospitais relativas ao parto e pós-parto imediato; Dol et al., 2021; Ollivier et al., 2021). Da mesma forma, as mulheres com baixos níveis de autoestima podem considerar que não são merecedoras de atenção e do cuidado dos outros (Lee & Koo, 2015), o que se pode traduzir numa menor percepção de importância para os outros. De facto, estas hipóteses são congruentes com os resultados do estudo de Taylor e Turner (2001), realizado com a população geral, que encontram uma associação entre baixa autoestima e baixo suporte social, e uma menor importância percebida para os outros. Do mesmo modo, o baixo apoio social parece estar associado a um maior sentimento subjetivo de solidão (Zaidi et al., 2017), havendo um desejo por parte das mulheres de que o apoio social seja maior. O baixo apoio social (ou avaliação do apoio social como insuficiente, que se deve à comparação entre o passado e o presente) sentido pelas mulheres no período pós-parto, pode fazer com que estas se sintam incompreendidas, frustradas, desvalorizadas e se inibam em pedir ajuda por receio de julgamento ou de incomodar os outros (Negron et al., 2013; Wardrop & Popadiuk, 2013), o que pode originar um elevado sentimento subjetivo de solidão. Com base no anteriormente exposto, é possível hipotetizar que tanto a importância percebida para os outros, como a solidão, possam constituir-se como mecanismos de risco, isto é, mecanismos através dos quais os fatores de risco atuam para a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto.

Em segundo lugar, os resultados do nosso estudo foram inovadores ao mostrar que a relação entre importância percebida para os outros e sintomatologia depressiva nas mulheres no período pós-parto, ocorre direta e indiretamente, através da solidão, sendo que se verificou

também que um maior sentimento subjetivo de solidão se associou a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Apesar de não existirem, do nosso conhecimento, estudos acerca da importância percebida para os outros e DPP, há investigações que relacionam o primeiro construto com a depressão na população geral (Cha, 2015; Nash et al., 2015; Taylor & Turner, 2001). A percepção de que se é importante para os outros, alvo do seu cuidado e da sua preocupação, está associada a uma diminuição na sintomatologia depressiva (Flett et al., 2012). Esta aceção parece também verificar-se no período pós-parto, já que com o nascimento de um filho, existem mudanças nas relações interpessoais (com companheiro, com a família de origem, com os amigos) que podem influenciar a forma como a mulher percebe o grau de importância que tem para os outros. Especificamente, as necessidades de apoio no pós-parto passam a ser diferentes comparativamente a períodos anteriores de vida, devido às exigências inerentes aos cuidados de um recém-nascido, sendo que muitas vezes consideram que os familiares e amigos estão menos presentes do que aquilo que elas desejavam, acabando por sentir uma diferença entre as interações sociais que estabeleciam antes e depois do bebé nascer, e avaliando-as como negativas (Lee et al., 2019). Equaciona-se que as condições inerentes à Covid-19, nomeadamente o facto de não ser permitida a presença do pai do bebé ou de um acompanhante na sala de parto, bem como a interdição de visitas quer no hospital, como em casa (Dol et al., 2021; Ollivier et al., 2021), podem ter contribuído para que as mulheres sentissem que as suas necessidades de apoio não estavam a ser satisfeitas e que eram menos alvo da atenção dos outros, levando a uma menor percepção de importância para os outros.

Ademais, segundo Johansson et al. (2020), muitas vezes após o nascimento de um filho, as mulheres afirmam sentir que a relação conjugal está diferente, relatando uma menor preocupação e maior ausência por parte do companheiro. Tudo isto pode contribuir para uma menor percepção de importância para os outros. De acordo com Flett (2018), sentir que não se é importante para os outros contribui para a formação de uma visão negativa do *self*, o que faz com que a pessoa se avalie como alguém com quem não é agradável conviver, o que pode traduzir-se num aumento de sintomatologia depressiva.

Adicionalmente, no que respeita ao efeito indireto da solidão na relação entre importância percebida para os outros e sintomatologia depressiva, a visão negativa acerca do *self*, resultante de uma menor percepção de importância para os outros, pode levar ao desenvolvimento de estratégias desadaptativas no relacionamento com os outros, o que contribui para um maior distanciamento social, que se pode traduzir numa experiência de

solidão e isolamento (Flett, 2018). Quem experienciar elevados níveis de solidão, encontra-se mais propenso a ter uma visão mais negativa do *self*, dos outros e do mundo e espera que as interações sociais não sejam frutíferas (Liu et al., 2016; Peplau et al., 1982), estando associada à experiência de sintomatologia depressiva.

De facto, no que respeita ao efeito da solidão na sintomatologia depressiva no pós-parto, são poucos os estudos neste âmbito (Kruse et al., 2014; Zaidi et al., 2017), pelo menos que tenhamos conhecimento. Muitas vezes as mulheres têm tendência a comparar-se ou ser comparadas com outras mães, sendo alvo de críticas e opiniões não solicitadas quer por parte de outras mães, como da sua família, o que pode contribuir para que se sintam julgadas, com vergonha, vulneráveis e culpadas por não cumprirem com as expectativas socialmente impostas da “maternidade perfeita” (Lee et al., 2019; Wardrop & Popadiuk, 2013). Isto leva a que as mulheres se sintam sozinhas e criem uma barreira nas relações com os outros, reforçando os seus níveis de solidão (Lee et al., 2019). Para além disso, apesar da nossa amostra ser maioritariamente composta por mulheres casadas/unidas de facto, a verdade é que aquando do nascimento de um bebé, a maior parte das vezes, a mãe é a sua principal cuidadora. Segundo um estudo qualitativo de Wardrop e Popadiuk (2013), a maior parte das mulheres apesar de acreditarem que os companheiros as queriam ajudar, sentiam que esse apoio não era suficiente e que a divisão das tarefas não era equitativa. Neste sentido, coloca-se em equação que esta sobrecarga de tarefas no cuidado de um recém-nascido, muitas vezes acompanhado do cuidado de outras crianças, leva a que haja um sentimento de solidão. Vários estudos postulam que a existência de um sentimento subjetivo de solidão despoleta no indivíduo que o vivencia, avaliações mais negativas das emoções, bem como pouca satisfação com a vida (Hansen et al., 2012; Hawkley & Cacioppo, 2010), o que se pode traduzir num aumento de sintomatologia depressiva.

A Covid-19 também pode ter tido influência sobre estes resultados. O facto de o confinamento não permitir o contacto com os familiares e amigos mais próximos, a escassa possibilidade de acederem a cursos pré e pós-parto, a falta de contacto com outras mães e a partilha de experiências, levou a que houvesse uma diminuição do apoio social percebido, o que se traduziu num aumento do sentimento de solidão por parte das mulheres no pós-parto e da prevalência da depressão pós-parto (Dol et al., 2021; Ollivier et al., 2021).

Verificou-se ainda que ao introduzirmos as covariáveis (idade, habilitações literárias, número de filhos) no modelo, as habilitações literárias e o número de filhos influenciaram negativa e significativamente a sintomatologia depressiva, i.e., quanto maiores as habilitações

literárias ou o número de filhos, menores os níveis de sintomatologia depressiva experimentados pelas mulheres no período pós-parto.

No que respeita às habilitações literárias, os resultados do nosso estudo são congruentes com os resultados de O'Hara e McCabe (2013), que verificaram que as mulheres com menos habilitações literárias, apresentam um maior risco para desenvolver DPP. Uma possível explicação para esta associação, passa pelo facto de que mulheres com melhores habilitações literárias, por norma, terem profissões com mais responsabilidade e um melhor rendimento, o que lhes confere um melhor estatuto socioeconómico. Para além disso, o facto de serem mais letradas pode contribuir para que consigam ter um melhor acesso a cursos pré e pós-parto, essenciais ao planeamento quer da gravidez, quer do pós-parto.

Por sua vez, no que respeita ao número de filhos, os resultados não são congruentes com a literatura, em que não se encontra uma associação entre o número de filhos e DPP (Robertson et al., 2004). O presente resultado pode dever-se ao facto da maior parte da nossa amostra ser composta por mulheres que foram mães pela primeira vez ($n = 362$, 68.3%). A par disto, coloca-se em hipótese que a Covid-19 também tenha contribuído para estes resultados. Sabemos que o pós-parto vivido durante este período foi caracterizado por menos apoio social, o contacto médico ficou comprometido, as mulheres não puderam ter um acompanhante no parto e pós-parto imediato, bem como o apoio da família muitas vezes foi escasso devido ao confinamento (Dol et al., 2021; Ollivier et al., 2021). Hipotetiza-se que as mulheres que foram mães pela primeira vez possam ter experienciado níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, uma vez que a transição para a maternidade, por si só, é caracterizada como sendo um período de crise, que com a assunção de um novo papel na vida da mulher, com todas as mudanças físicas e psicológicas que acarreta, concomitantemente com as reorganizações na esfera familiar e pessoal, pode originar um sentimento de perda de identidade e levar ao questionamento do sentido da vida (Morse & Steger, 2019). Especificamente, as mulheres primíparas têm que se reorganizar no sentido de se adaptarem e corresponderem às necessidades de cuidado de um bebé (e.g., alimentação, higiene e sono) e, portanto, todas as tarefas e desafios inerentes à maternidade são uma novidade para elas (Epifanio et al., 2015). Adicionalmente, estas mulheres viram-se confrontadas com a necessidade de enfrentar uma outra crise, o período pandémico, que com todas as suas especificidades e consequências pode originar uma maior confusão de identidade na mulher e do sentido da vida (Chasson et al., 2021), o que pode associar-se a maiores dificuldades de adaptação e, conseqüentemente, maiores níveis de sintomatologia depressiva. Para além disso, o facto de não terem conseguido

realizar os cursos pré e pós-parto, pode ter dificultado a experiência destas, gerando nelas um maior sentimento de insegurança e ansiedade. No entanto, este é um tópico que ainda carece de investigação.

Adicionalmente, constatámos que o risco para DPP desempenhou um papel moderador no efeito direto da relação entre importância percebida para os outros e sintomatologia depressiva, sendo que este efeito apenas se verifica nas mulheres com alto risco para DPP e não nas mulheres com baixo risco para DPP.

Apesar de não haver, do nosso conhecimento, qualquer estudo acerca deste tópico, colocamos em hipótese que a existência de vulnerabilidades prévias nas mulheres com alto risco para DPP, possam acentuar o efeito negativo da importância percebida para os outros, traduzindo-se em sintomatologia depressiva, o que parece não ser tão evidente nas mulheres de baixo risco para DPP. Consequentemente, isto leva-nos a pensar que o efeito indireto acontece nos dois grupos, porque a solidão constitui não só um fator de risco para a depressão na população geral (Cacioppo et al., 2006; Cacioppo et al., 2010; VanderWeele et al., 2011), mas também para a DPP. Propõe-se que investigações futuras se debrucem sobre o estudo da solidão enquanto fator de risco para a DPP. Contudo, importa notar que apesar de o efeito indireto estar presente nos dois grupos (mulheres com alto risco vs. baixo risco para a DPP), verifica-se uma tendência para esta relação ser mais forte no grupo com alto risco para a DPP. Uma hipótese explicativa deste resultado, prende-se com o facto de se colocar em equação que a importância percebida para os outros e a solidão possam ser mecanismos através dos quais os fatores de risco atuam.

Limitações do Estudo

Apesar do carácter relevante dos resultados do presente estudo, este apresenta também algumas limitações que devem ser mencionadas e tidas em conta na interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, é relevante notar que apesar de a direccionalidade das relações propostas no modelo em estudo ter sido baseada em modelos teóricos e investigação empírica (Cha, 2015; Flett et al., 2016; Kruse et al., 2014; McComb et al., 2020), a verdade é que devido à natureza transversal do estudo, não podemos derivar relações de causalidade entre as variáveis em estudo, devendo considerar a possibilidade das relações estudadas serem bidirecionais. Neste sentido, seria importante que investigações futuras replicassem estes resultados através de um estudo longitudinal, por forma a determinar o sentido da relação entre

as variáveis do estudo e ajudar a entender como é que estas se estabelecem ao longo do primeiro ano pós-parto da mulher.

Em segundo lugar, importa referir o facto de a amostra ter sido recolhida *online* (através da divulgação em redes sociais e fóruns online), que pode comprometer a representatividade dos nossos resultados, no sentido em que torna a amostra autoseleccionada, i.e., é possível que as mulheres que revelam mais interesse por este tópico tenham preenchido o questionário. Além disso, a amostra é composta maioritariamente por mulheres casadas/unidas de facto, com habilitações literárias ao nível da licenciatura e do meio urbano, o que pode não ser completamente representativo de toda a população portuguesa no período perinatal.

Em terceiro lugar, apesar de estar determinado, por consenso clínico, que a sintomatologia depressiva no pós-parto pode ocorrer até 12 meses após o parto (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013), a verdade é que as circunstâncias específicas do período pós-parto podem ser variáveis ao longo do tempo; tendo em conta a natureza transversal do estudo, não foi possível captar a variabilidade dos desafios experienciados pelas mulheres ao longo do período pós-parto, e de que forma essa variabilidade se poderia traduzir em mudanças nas variáveis em estudo ao longo do tempo. A condução de estudos longitudinais será fundamental para esclarecer este tópico.

Apesar de, no nosso estudo, não termos avaliado variáveis específicas relacionadas com a Covid-19 (e.g., perceção de risco, grau em que as mulheres nos pós-parto foram afetadas pelas medidas de proteção implementadas), a verdade é que enquanto fator do contexto, as restrições e condições decorrentes da mesma demonstraram ter influência sobre os nossos resultados. Sugere-se que o estudo seja replicado num momento pós-pandemia, por forma a que se possamos perceber a magnitude desta influência.

Implicações para a Prática Clínica

Independentemente das limitações apontadas, o conhecimento sobre estes tópicos traduz-se num contributo para a prática clínica. A existência da identificação de um vasto conjunto de fatores de risco para a DPP, é uma mais valia ao nível do contexto clínico, uma vez que permite aos profissionais de saúde um maior rigor na triagem de mulheres com alto risco para desenvolver DPP, bem como adotar medidas preventivas para esta condição clínica (O'Hara & McCabe, 2013; Hutchens & Kearney, 2020). Para além disso, ficou demonstrada a relevância de se estudar a solidão enquanto possível mecanismo de risco para a DPP, tendo em consideração a sua influência quer na sintomatologia depressiva das mulheres no pós-parto,

bem como na relação entre a importância percebida para os outros e a sintomatologia depressiva. Estes resultados demonstram, ainda, a importância de se considerarem estes dois construtos (importância percebida para os outros e solidão) aquando da avaliação e intervenção de mulheres com DPP.

A relação estabelecida entre a importância percebida para os outros e a solidão, alertamos, essencialmente, para a necessidade de se considerar a importância das relações interpessoais para as mulheres logo no período pré-parto, estendendo-a ao pós-parto. Não obstante, sugerindo os nossos resultados que a importância percebida para os outros e a solidão podem funcionar como mecanismos através dos quais os fatores de risco atuam na sintomatologia depressiva no pós-parto, seria importante implementar a avaliação destes dois construtos ainda na gravidez, maximizando a possibilidade de adoção de medidas de prevenção (e.g., preparação e psicoeducação das principais fontes de apoio ainda na gravidez, nas quais se integram a comunidade médica e prestadora de cuidados de saúde; promoção de estratégias de flexibilização cognitiva para gerar interpretações mais realistas e funcionais acerca da percepção de importância para os outros e apoio recebido, uma vez que em alguns casos é a interpretação da mulher que está enviesada, devido à presença de distorções cognitivas).

Referências

- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preliminary psychometric testing of the postpartum depression predictors inventory-revised (PDPI-R) in Portuguese women. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4), 571-578. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2426-5>
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 30-35. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.30>
- Beck, A. T. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. In J. H. Masserman (Ed.), *Depression: Theories and therapies* (pp. 47–55). Grune & Stratton.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, 394-402. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453-463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Cha, M. (2015). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection

model. *Personality and Individual Differences*, 88, 148-159. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.008>

Chasson, M., Ben-Yaakov, O., & Taubman – Ben-Ari, O. (2021). Meaning in life among new mothers before and during the COVID-19 pandemic: The role of mothers' marital satisfaction and perception of the infant. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00378-1>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Dib, S., Rougeaux, E., Vázquez-Vázquez, A., Wells, J. C., & Fewtrell, M. (2020). Maternal mental health and coping during the COVID-19 lockdown in the UK: Data from the COVID-19 new mum study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(3), 407-414. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13397>

Dol, J., Richardson, B., Aston, M., Mcmillan, D., Tomblin Murphy, G., & Campbell-Yeo, M. (2021). Impact of COVID-19 restrictions on the postpartum experience of women living in Eastern Canada: A mixed method cohort study. <https://doi.org/10.1101/2021.01.30.21250555>

Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: The risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2). <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>

Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2008). New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Archives of Women's Mental Health*, 11(3), 221-229. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0016-7>

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181b21651>

- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development, 33*, 1-6. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Figueiredo, B. (1997). Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil [Unpublished doctoral dissertation]. Universidade do Minho, Braga
- Fihrer, I., McMahon, C. A., & Taylor, A. J. (2009). The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *Journal of Affective Disorders, 119*(1-3), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.001>
- Flett, G. (2018). *The psychology of mattering: Understanding the human need to be significant*. Academic Press
- Flett, G. L., Galfi-Pechenkov, I., Molnar, D. S., Hewitt, P. L., & Goldstein, A. L. (2012). Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences, 52*(7), 828–832. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.041>
- Flett, G. L., Goldstein, A. L., Pechenkov, I. G., Nepon, T., & Wekerle, C. (2016). Antecedents, correlates, and consequences of feeling like you don't matter: Associations with maltreatment, loneliness, social anxiety, and the five-factor model. *Personality and Individual Differences, 92*, 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.014>
- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Depressão pós-parto. In R. Gorayeb, M. C. Miyazaki, & M. Teodoro (Coords. Eds.), *PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1* (pp. 111-164). Artmed Panamericana Editora.
- Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *Plos One, 12*(8), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182145>
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal, 29*(6), 624-643. <https://doi.org/10.1002/imhj.20199>
- Goodman, S. H., Brogan, D., Lynch, M. E., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development, 64*(2), 516. <https://doi.org/10.2307/1131266>

- Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health, 15*(3), 175-184. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2>
- Hansen, N. B., Harrison, B., Fambro, S., Bodnar, S., Heckman, T. G., & Sikkema, K. J. (2012). The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *Journal of Health Psychology, 18*(2), 198-211. <https://doi.org/10.1177/1359105312440299>
- Harrison, V., Moulds, M. L., & Jones, K. (2021). Perceived social support and prenatal wellbeing; The mediating effects of loneliness and repetitive negative thinking on anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.014*
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. The Guilford Press.
- Heh, S. (2003). Relationship between social support and postnatal depression. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 19*(10), 491-495. [https://doi.org/10.1016/s1607-551x\(09\)70496-6](https://doi.org/10.1016/s1607-551x(09)70496-6)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 227–237. <http://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holvast, F., Burger, H., De Waal, M. M., Van Marwijk, H. W., Comijs, H. C., & Verhaak, P. F. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of The Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders, 185*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.036>

- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: An umbrella review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 96-108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683-714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kruse, J. A., Williams, R. A., & Seng, J. S. (2014). Considering a relational model for depression in women with postpartum depression. *International Journal of Childbirth*, 4(3), 151-168. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.4.3.151>
- Lee, J., & Koo, H. J. (2015). The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. *Personality and Individual Differences*, 79, 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.021>
- Lee, K., Vasileiou, K., & Barnett, J. (2019). 'Lonely within the mother': An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *Journal of Health Psychology*, 24(10), 1334-1344. <https://doi.org/10.1177/1359105317723451>
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- McComb, S. E., Goldberg, J. O., Flett, G. L., & Rose, A. L. (2020). The double jeopardy of feeling lonely and unimportant: State and trait loneliness and feelings and fears of not mattering. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.563420>
- McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., & Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 660-669. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x>

- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 13-23. <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014>
- Milgrom, J., Gemmil, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2007). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Morse, J. L., & Steger, M. F. (2019). Giving birth to meaning: Understanding parenthood through the psychology of meaning in life. In O. Taubman-Ben-Ari (Ed.), *Pathways and barriers to the transition to parenthood – Existential concerns regarding fertility, pregnancy, and early parenthood*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24864-2_1
- Nash, S. P., Longmore, M. A., Manning, W. D., & Giordano, P. C. (2015). Strained dating relationships: A sense of mattering and emerging adults' depressive symptoms. *Journal of Depression and Anxiety*, 1. <https://doi.org/10.4172/2167-1044.s1-013>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616-623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA loneliness scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11(4), 313-319. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0312-1>
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Emilin, W.M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269. <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>

- Ollivier, R., Aston, M., Price, S., Sim, M., Benoit, B., Joy, P., Iduye, D., & Nassaji, N. A. (2021). Mental health & parental concerns during COVID-19: The experiences of new mothers amidst social isolation. *Midwifery*, *94*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102902>
- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchiarella, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., Malandrone, F., Carletto, S., & Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-54728/v1>
- Peplau, L. A., Miceli, M., & Morasch, B. (1982) Loneliness and self-evaluation. In L. A. Peplau, & D. Perlman (eds), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 135-151). Wiley
- Pereira, A. T., Marques, M., Marques, C., Bento, E., Azevedo, J., Xavier, S., Soares, M. J., & Macedo, A. (2016). Perinatal depression screening, prevention and early intervention: Recent advances in Portugal. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, *3*, 1-6. <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3.2>
- Pope, S. (2000). *Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999*. National Health and Medical Research Council.
- Riecher-Rössler, A., & Hofecker, M. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 51-56. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.11.x>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*(4), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Rosenberg, M., & McCullough, B. C. (1981). Mattering: Inferred significance and mental health among adolescents. *Research in Community & Mental Health*, *2*, 163-182.
- Spinola, O., Liotti, M., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2020). Effects of COVID-19 epidemic lockdown on postpartum depressive symptoms in a sample of Italian mothers. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589916>

- Taylor, J., & Turner, R. J. (2001). A longitudinal study of the role and significance of mattering to others for depressive symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(3), 310. <https://doi.org/10.2307/3090217>
- Theeke, L. A., Mallow, J. A., Moore, J., McBurney, A., Rellick, S., & VanGilder, R. (2016). Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.004>
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 359-384. <https://doi.org/10.1177/0898264305280993>
- Tomlinson, M., Cooper, P., & Murray, L. (2005). The mother-infant relationship and infant attachment in a South African Peri-urban settlement. *Child Development*, 76(5), 1044 - 1054. <https://doi.org/10.1111/j.14678624.2005.00896.x>
- VanderWeele, T. J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2011). A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 225-235. <https://doi.org/10.1037/a0022610>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Wardrop, A., & Popadiuk, N. (2013). Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*, 18(3), 1-24. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2013.1564>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- Wenzel, A., & Kleiman, K. (2015). *Cognitive behavioral therapy for perinatal distress*. Routledge.

- Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., & Agarwalla, R. (2017). Postpartum depression in women: A risk factor analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *11*(8). <https://doi.org/10.7860/jcdr/2017/25480.10479>
- Zanardo, V., Manghina, V., Giliberti, L., Vettore, M., Severino, L., & Straface, G. (2020). Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *150*(2), 184-188. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13249>