

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Margarida João Nunes Marques

**O IMPACTO DA GRAVIDEZ NO
FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO E A
SUA RELAÇÃO COM OS PADRÕES
INDIVIDUAIS DE PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Doutora Ana Ganho-Ávila e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

junho de 2021

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

**O IMPACTO DA GRAVIDEZ NO FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO E A
SUA RELAÇÃO COM OS PADRÕES INDIVIDUAIS DE PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS**

Margarida João Nunes Marques
(e-mail: margarida_joao@hotmail.com)

**Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de
especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde,
orientada pela Doutora Ana Ganho-Ávila e pela Professora Doutora Maria
Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação.**



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

À Doutora Ana Ganho-Ávila, pela exigência e rigor, que me fez procurar ir sempre mais além e a não desistir perante as adversidades. Por todos os desafios que me fizeram superar os meus medos e inseguranças. Por todos os ensinamentos transmitidos e pela dedicação. Acima de tudo, por me guiar ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pelo exemplo pleno de profissionalismo e por me ter concedido a oportunidade de integrar na sua equipa.

À equipa de Neurociência Translacional do CINEICC pela partilha de conhecimento e por me receberem de braços abertos. Em particular, à Mónica, à Raquel e à Francisca por todo o apoio e disponibilidade. Sem vocês não tinha sido a mesma coisa.

Aos meus pais, por serem os meus exemplos de resiliência, coragem e determinação. Por acreditarem em mim e por serem o meu porto seguro, ao qual sei que posso sempre regressar. À minha irmã pelas conversas infundáveis e pela felicidade que me faz sentir. Por ser a melhor irmã do mundo.

Ao Henrique, pelo apoio incondicional ao longo desta aventura. Pela ajuda incansável e pela paciência. Pela motivação que me deu, todos os dias, para seguir em frente. Por nunca duvidar de que era capaz.

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes ao longo destes cinco anos, nos melhores e nos piores momentos.

À FPCE-UC por ter sido a minha casa nos últimos cinco anos e por ter contribuído para me tornar em quem sou hoje.

A todas as mulheres que dedicaram o seu tempo e empenho para participarem neste estudo.

A Coimbra, por todos os momentos mágicos e, simplesmente, por ser Coimbra.

Resumo

Objetivos: Neste estudo exploratório observámos a associação entre a gravidez, o ajustamento psicológico e o funcionamento emocional, e de que forma as relações entre estes três eixos interferem na adoção de estratégias disfuncionais do sistema de prestação de cuidados. **Método:** Vinte e três mulheres grávidas e 23 não grávidas preencheram a bateria de instrumentos de autorresposta. **Resultados:** Ao contrário do esperado, as mulheres não grávidas apresentaram pior ajustamento psicológico. Para compreender a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados testámos um modelo de mediação moderada, onde verificámos que a relação entre as variáveis é mediada pela ruminação, mas que esta mediação é independente da gravidez. Os resultados mostraram ainda a presença de uma correlação positiva entre fadiga, sintomatologia ansiosa e depressiva, dificuldades de regulação emocional e estratégias de hiperativação do sistema de prestação de cuidados, em mulheres grávidas. **Conclusões:** Os resultados sugerem que para mulheres jovens adultas, a ruminação é um mecanismo explicativo relevante da relação entre dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados, independentemente da presença sintomatologia depressiva e ansiosa, e independentemente de a mulher estar ou não grávida. Do ponto de vista da prática clínica, o presente estudo sugere a importância de integrar a ruminação e fadiga na avaliação do ajustamento psicológico da mulher durante a gravidez. Outros estudos são necessários para confirmar se a gravidez pode, efetivamente, funcionar como amortecedor do impacto negativo da pandemia na saúde mental das mulheres jovens adultas.

Palavras-Chave: depressão, ansiedade, regulação emocional, ruminação, sistema de prestação de cuidados, gravidez, saúde mental da mulher

Abstract

Objectives: *In this exploratory study, we observed the association between pregnancy, psychological adjustment and emotional functioning and how the relationships between these three axes interfere with the adoption of dysfunctional strategies in the caregiving system. **Method:** Twenty-three pregnant women and 23 non-pregnant women completed the battery of self-report instruments. **Results:** Contrary to expectations, non-pregnant women showed worse psychological adjustment. To understand the relationship between emotional regulation difficulties and hyperactivation of the caregiving system, we tested a moderated mediation model where we found that the relationship between the variables is mediated by rumination, but that this mediation is independent of pregnancy. The results also showed a positive correlation between fatigue, anxious and depressive symptomatology, emotional regulation difficulties and caregiving hyperactivation strategies in pregnant women. **Conclusions:** The results suggest that, for young adult women, rumination is a relevant explanatory mechanism of the relationship between emotion regulation difficulties and hyperactivation of the caregiving system, regardless of the presence of depressive and anxious symptomatology, and regardless of whether or not the woman is pregnant. From the point of view of clinical practice, the present study suggests the importance of integrating rumination and fatigue in assessing women's psychological adjustment during pregnancy. Further studies are needed to confirm whether pregnancy can effectively act as a buffer from the negative impact of the pandemic on the mental health of young adult women.*

Keywords: *depression, anxiety, emotion regulation, rumination, caregiving system, pregnancy, women's mental health*

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
O Impacto da Gravidez no Funcionamento Psicológico e a sua Relação com os Padrões Individuais de Prestação de Cuidados	7
Ajustamento Psicológico	8
Funcionamento Emocional	9
Funcionamento do Sistema de Prestação de Cuidados	12
Metodologia.....	16
Resultados	22
Discussão	28
Enquadramento dos Resultados do Estudo: O Impacto da COVID-19 na Saúde Mental das Mulheres Jovens Adultas em Portugal	34
Referências Bibliográficas	40

O Impacto da Gravidez no Funcionamento Psicológico e a sua Relação com os Padrões Individuais de Prestação de Cuidados

A gravidez tem sido, ao longo dos anos, objeto de estudo e interesse devido às várias transformações e conseqüentes adaptações que acompanham a mulher neste período do seu ciclo de vida. A literatura sugere que, para além dos cuidados físicos que devem ser assegurados, também os cuidados psicológicos, que contribuem para a adaptação da mulher à gravidez, devem ser tidos em conta (Carvalho et al., 2006).

Os dados aqui apresentados foram obtidos no âmbito do projeto “P-Brain: Brain plasticity in the peripartum: a multi-method longitudinal study of first-time mothers and fathers”, a decorrer no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). O projeto visa compreender a neuroplasticidade no período peri-parto, nas mulheres e nos homens, e o seu impacto no seu funcionamento psicológico.

No presente estudo procurámos compreender a associação entre a gravidez e o bem-estar clínico das mulheres, entre a 25^a e a 37^a semana de gravidez, nomeadamente no que refere aos índices de depressão e ansiedade e a fatores transdiagnósticos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações emocionais, em particular a fadiga, a ruminação e a regulação emocional. Ainda, procurámos compreender de que forma o ajustamento psicológico influencia o funcionamento do sistema de prestação de cuidados.

A presente dissertação encontra-se organizada em seis partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento concetual, onde se apresenta o estado da arte em relação ao ajustamento psicológico (sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e fadiga), funcionamento emocional (regulação emocional e ruminação), e funcionamento do sistema de prestação de cuidados. De seguida, são apresentados os objetivos específicos do estudo e a hipóteses de investigação a testar. Segue-se a descrição da metodologia utilizada, os resultados obtidos do estudo e a sua discussão. Por último, são identificadas as limitações do estudo, bem como os seus contributos e as implicações para a prática clínica e investigação futura.

Enquadramento Conceptual

Existem de facto evidências de que, durante a gravidez, ocorrem alterações significativas em diversas funções complexas e interdependentes, nomeadamente, ao nível do ajustamento psicológico, funcionamento emocional e do funcionamento do sistema de prestação de cuidados.

Ajustamento Psicológico

O termo ajustamento psicológico refere-se a uma postura dinâmica e funcional, perante circunstâncias da vida, com comportamentos pró-sociais, sentimentos de bem-estar e baixos níveis de problemas psicossociais (Reppold, 2005). Uma boa adaptação às mudanças intrínsecas ao processo gestacional está relacionada com um ajustamento psicológico adequado (Ontiveros-Pérez & López-España, 2010).

Caraterísticas sociodemográficas das mulheres grávidas, como baixa escolaridade, baixo nível socioeconómico, estado civil solteiro (Fall et al., 2013) e histórico de perturbações psiquiátricas (Aktan, 2012) podem contribuir para a ocorrência de dificuldades de ajustamento psicológico à gravidez. Igualmente, a falta de suporte social a familiar, pode também ser considerado um fator ambiental relacionado com um desajustamento psicológico durante a gravidez (Le Strat et al., 2011).

No que concerne à psicopatologia, o peri-parto é um período de grande vulnerabilidade, sendo considerado altamente sensível à presença de sintomatologia depressiva (Biaggi et al., 2016). A depressão peri-parto (DPP) pode ser definida como um episódio depressivo não psicótico que pode ocorrer durante a gravidez ou após a mesma (DSM-5, American Psychiatric Association [APA], 2013). Estima-se que, pelo menos 20% das mulheres apresentam sintomas depressivos durante a gravidez e que até 15% experimentam sintomas depressivos durante o pós-parto (Alipour et al., 2012). A DPP pode causar um impacto significativo na saúde mental das mulheres (Grigoriadis et al., 2017), bem como no vínculo mãe-bebé (Tsivos et al., 2015).

Além da DPP, também a presença ou não de perturbações de ansiedade parece moldar o ajustamento psicológico da mulher, ao longo da gravidez (Fairbrother et al., 2015). Estima-se que 13-21% das mulheres experienciem sintomas de ansiedade durante o período pré-parto e cerca de 11-17% no período pós-parto (Fairbrother et al., 2015).

À semelhança da DPP, a ansiedade em mulheres grávidas no período pré-parto parece representar um risco significativo acrescido para o bebé, aumentando a

probabilidade de um atraso do desenvolvimento psicomotor (Kingston et al., 2012). Além disso, a sintomatologia ansiosa está associada a resultados adversos na gravidez, como dificuldades de regulação emocional e a uma vinculação insegura com o bebê (Lutkiewicz et al., 2020). Por outro lado, alguns estudos sugerem a ocorrência de uma redução da prevalência de perturbações de ansiedade generalizada e sintomas de ansiedade, durante a gravidez e no período pós-parto (Buist et al. 2011).

Por fim, também a fadiga é frequentemente relatada por mulheres no período peri-parto. A fadiga é um sintoma habitual de depressão, marcado pela redução no interesse e prazer em realizar atividades diárias, alterações significativas no apetite, perturbações no sono, perda de energia, entre outros (APA, 2013). Estima-se que cerca de 90% das mulheres experienciem sintomas de fadiga durante a gravidez e no período pós-parto, e que esses sintomas estão associados também a sintomatologia depressiva e ansiosa (Rodriguez et al., 2001; Taylor & Johnson, 2013; Wilson et al., 2018;).

A fadiga parece afetar não só a saúde materna e do bebê (Rychnovsky. 2007), como também a qualidade de vida da mulher devido a alterações adversas físicas (e.g., mudanças hormonais, tipo de parto), psicológicas (e.g., alterações no padrão de sono, sintomatologia depressiva) e situacionais (e.g., tempo de internamento no pós-parto, retorno ao emprego) (Cheng et al., 2015). Porém, o facto de a fadiga ser frequentemente considerada normativa durante a gravidez e o período pós-parto, resultando na sua desvalorização, torna-se um obstáculo a que as grávidas discutam abertamente as dificuldades resultantes da fadiga com o seu médico e outros profissionais de saúde que as acompanham (Ashrafinia et al., 2015). Por isso, mais estudos sobre a fadiga materna parecem ser necessários, aumentando a evidência sobre o seu impacto e, em última análise, informando intervenções que permitam reduzir a sua prevalência no período peri-parto (Cheng et al., 2015; Rodriguez et al., 2001).

Funcionamento Emocional

A regulação emocional (RE) é um processo fundamental de um funcionamento emocional ótimo. A RE define-se pela capacidade de lidar, de forma adaptativa, com eventos emocionais, alterando voluntariamente reações emocionais em função do contexto, sendo uma capacidade central para a saúde psicológica e física dos indivíduos, com impacto nas suas relações sociais (Kim & Hamann, 2007). Uma RE funcional permite lidar de forma adaptativa com eventos adversos, reduzindo a sua intensidade ou,

alternativamente, maximizando os aspetos positivos associados às situações (Gross, 1998). Pelo contrário, dificuldades de regulação emocional (DRE) podem dar origem a um funcionamento emocional desadaptativo (Gross & Muñoz, 1995).

Vários estudos mostram uma associação entre saúde mental e RE. Aldao et al. (2010) referiu que estratégias como ruminar e evitar estímulos interpretados como negativos estavam associados a sintomas depressivos. Sabe-se também que a vivência da maternidade está associada a diversas emoções positivas e negativas, e as estratégias de regulação emocional utilizadas pelas mulheres para lidar com essas emoções podem influenciar o seu bem-estar durante este período (Haga et al., 2012). Contudo, existem ainda poucos estudos sobre como as estratégias de RE impactam a saúde mental, no período peri-parto, e principalmente durante a gravidez.

Um estudo de Coe et al. (2020) avaliou a associação entre saúde mental e RE, durante a transição para a maternidade. Através de instrumentos de autorrelato, mulheres grávidas, no terceiro trimestre de gravidez, relataram DRE, bem como sintomas de depressão e ansiedade, durante a gravidez e até três meses após o parto. Este estudo concluiu ainda que as diferentes estratégias interpessoais de RE causam um impacto significativo na RE materna e no bem-estar emocional materno. Importa referir que as estratégias de RE são complexas e têm um carácter desenvolvimental, evoluindo ao longo do ciclo de vida (Rutherford et al., 2015).

No pós-parto, Marques et al. (2018) exploraram a associação entre RE, representações das figuras de vinculação e sintomas de depressão e ansiedade. Os resultados mostraram que mulheres com sintomas de depressão e ansiedade comórbidos relataram mais DRE do que mulheres sem comorbilidade e do que mulheres saudáveis.

Também a ruminação pode ser considerada parte integrante do funcionamento emocional. A ruminação tem sido conceptualizada de diferentes formas e no contexto de diferentes teorias, e até ao momento, não existe uma definição unificada e consensual deste constructo, ou mesmo um modo estandardizado de o avaliar. No presente estudo, adotamos a perspetiva da Teoria dos Estilos de Resposta (Nolen-Hoeksema, 1987), onde a ruminação é definida como um estilo específico ou método de *coping* para lidar com as emoções negativas, com o humor depressivo e com os sintomas perturbadores.

A ruminação é uma característica cognitiva e uma estratégia comum (Nolen-Hoeksema et al., 2008), mas prejudicial à regulação de emoções, uma vez que agrava e prolonga a sintomatologia depressiva em indivíduos mais vulneráveis (Treyner et al.,

2003). Desta forma, a ruminação é tipicamente considerada como uma estratégia disfuncional de RE que envolve pensamentos repetitivos e invasivos acerca de eventos passados e futuros de forma inflexível (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Segundo a literatura, a ruminação confere risco para episódios futuros depressivos e prolongados (Nolen-Hoeksema et al., 1993). Vários estudos mostram o papel da ruminação como fator de risco (preditor) e de vulnerabilidade à depressão (De Raedt & Koster, 2010). A ruminação pode também ser considerado um traço de personalidade e parece permanecer estável, mesmo após a extinção da sintomatologia depressiva (Nolen-Hoeksema et al., 2008), o que é corroborado igualmente por Tester-Jones et al. (2016), que sugere ainda que os efeitos da ruminação podem prolongar-se para além do episódio depressivo.

Embora a ruminação possa parecer inicialmente útil para a resolução de problemas, a sua natureza repetitiva é interferente, tornando-se uma estratégia ineficaz e até mesmo prejudicial. Em particular no período peri-parto, a ruminação parece estar na origem de sintomatologia depressiva e de alterações do sono, como por exemplo insónias (Kalmbach et al., 2019).

Martini et al. (2016) avaliaram o conteúdo dos medos e dos pensamentos negativos relatados por mulheres grávidas no período peri-parto e a sua possível associação a perturbações psiquiátricas. Embora o estudo não tenha tido como foco principal o processo de ruminação em si, os autores mostraram que mulheres no período peri-parto com depressão clínica (com e sem ansiedade comórbida) eram mais propensas a relatar preocupações em relação à gravidez, parto e maternidade do que mulheres psicologicamente saudáveis. Um outro estudo de Tester-Jones et al. (2016) mostrou que a ruminação afeta a sensibilidade materna ao bebé, tanto durante a gravidez como no período pós-parto. Neste estudo, uma amostra de mulheres grávidas e no pós-parto, foram induzidas a ruminar, e conseqüentemente demonstraram uma sensibilidade materna reduzida, independentemente da presença ou não de sintomatologia depressiva prévia (Tester-Jones et al., 2016). Ainda segundo Hall & Wittkowski (2006), a ruminação pode ocorrer em mulheres sem diagnóstico clínico de depressão, contudo estes são mais frequentes em mulheres que apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos.

Funcionamento do Sistema de Prestação de Cuidados

Segundo Bowlby (1982), os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico inato (o sistema de vinculação) que os motiva a procurar proximidade com pessoas significativas na sua vida (figuras de vinculação; FV). O termo “vinculação” pretendia transmitir a ideia de que os humanos tendem a formar laços emocionais e representações mentais com as pessoas que lhes oferecem proteção, conforto e apoio (Bowlby, 1982). O sistema de prestação de cuidados (*caregiving*) foi também proposto por Bowlby (1969, 1980) e refere-se aos comportamentos de proteção e apoio aos seus dependentes ou momentaneamente em necessidade. Segundo o autor (Bowlby, 1969, 1980) este sistema desenvolve-se desde cedo no contacto dos cuidadores com o bebé, havendo uma forte interação e complementaridade entre o sistema de vinculação do bebé e o sistema de prestação de cuidados dos pais. Isto é, o bebé em necessidade ativa o sistema de vinculação dos cuidadores, despertando por sua vez, o sistema de prestação de cuidados dos pais que irá ao encontro das necessidades do bebé.

Nas relações entre adultos, o sistema de prestação de cuidados baseia-se em comportamentos de apoio emocional em situações específicas, levando à reciprocidade perante sinais de ansiedade e *stress* e à necessidade de segurança emocional uma da outra, agindo como base segura de bem-estar emocional e, ao mesmo tempo, potenciando um grau confortável de autonomia (Kunze & Shaver, 1994). Assim, na prestação de cuidados entre adultos existe uma relação bidirecional entre a procura de cuidados e a prestação de cuidados em ritmos alternados.

Segundo o modelo de vinculação na idade de adulta (Mikulincer & Shaver, 2003), qualquer acontecimento percebido como ameaçador tende a ativar o sistema de vinculação (SV), sejam acontecimentos externos ou internos, ameaças físicas ou psicológicas, ou acontecimentos relacionados com a vinculação (e.g., abandono relacional) ou não (e.g., perigo físico). A ativação do SV depende da avaliação subjetiva das ameaças e não apenas da ocorrência efetiva das mesmas. Isto é, a ativação do SV é influenciada pela orientação de vinculação do próprio indivíduo. Esta ativação do SV proporciona uma procura de proximidade às FV, seja uma proximidade real/física (e.g., em situações de ameaça mais graves como doença, perda, fracasso) ou uma proximidade simbólica (através das representações mentais das FV). Nos casos de proximidade simbólica a ativação do SV não leva, obrigatoriamente, a um comportamento de procura de proximidade observável.

Na idade adulta, as representações mentais das FV promovem segurança e proteção através da reconstituição de interações apoiantes (e.g., memórias de experiências com as FV) ou da imaginação de interações apoiantes com as FV. Mais especificamente, existem evidências de que as representações de mentais das FV podem ser um dos fatores que influenciam a regulação emocional dos indivíduos, ao longo da vida, podendo também moldar e orientar o seu comportamento, pensamentos e sentimentos nas relações íntimas (Mikulincer & Shaver, 2007).

Com base na teoria da vinculação, se as FV estão disponíveis em momentos de necessidade e são responsivas aos pedidos de proximidade, permitem que o SV funcione de forma ideal e segura. A disponibilidade e a capacidade de resposta das FV promovem segurança e criam confiança na procura de apoio como uma estratégia de regulação emocional, em situações de perigo ou ameaça, originando assim uma vinculação segura. Contudo, quando as FV não estão disponíveis de forma segura e não conseguem proporcionar suporte, a procura de proximidade não consegue diminuir/aliviar o sofrimento. Gera-se assim uma preocupação ou convicção de que a procura de proximidade pode não dar lugar ao objetivo de encontrar segurança, promovendo a adoção de estratégias secundárias do SV (Mikulincer & Shaver, 2007a).

As estratégias secundárias do SV são conceptualizadas em duas grandes dimensões: ansiedade e evitamento (Mikulincer & Shaver, 2003). Quando estão presentes níveis elevados de ansiedade, as estratégias de hiperativação do SV são adotadas. As estratégias de hiperativação caracterizam-se por uma constante vigilância a pistas relacionadas com a ameaça de indisponibilidade das FV (Bowlby, 1973) e esta perceção de ameaça tende a ser exagerada (catastrofização; Mikulincer & Shaver, 2007a). A hiperativação do SV também intensifica as reações emocionais negativas face à perceção de ameaça e aumenta o pensamento ruminativo acerca das experiências ameaçadoras (isto é, reativa o esforço intenso de procura de proximidade). Como resultado, o sofrimento é exacerbado e as dúvidas sobre a possibilidade de obter proteção aumentam (Mikulincer & Shaver, 2007a). Segundo Shaver et al. (2010), no estudo de validação original do *Caregiving System Scale* (CSS) para a população geral, a hiperativação do sistema de prestação de cuidados estava significativamente correlacionada com défices na regulação emocional e aptidões sociais, bem como com a ruminação e problemas interpessoais.

Em contraste, quando existem níveis elevados de evitamento, as estratégias de desativação são ativadas. Isto é, a FV é percebida como indisponível ou não responsiva e

tende a desvalorizar-se e a negar-se o grau da ameaça, acabando por evitar pensamentos ameaçadores (nomeadamente que a sua necessidade de proteção e contacto com outros está em risco). As estratégias de desativação caracterizam-se pelo desejo de manutenção da distância, do autocontrolo e da autossuficiência e pelo evitamento de interações que requeiram envolvimento emocional com as FV (Mikulincer & Shaver, 2007a).

Segundo a literatura, a vinculação segura pode atuar como um recurso interno das mulheres que promove a adaptação à maternidade (Rodrigues et al., 2018). Durante o período de gravidez, existem pensamentos comuns sobre a chegada do bebé e sobre o novo papel que os pais irão assumir, o que pode ser um bom indicador do vínculo mãe-filho subsequente (Hildingsson et al., 2010). Pelo contrário, mulheres com representações mentais das FV mais inseguras tendem a ter uma visão mais negativa de si mesmas e / ou dos outros e podem lidar com eventos relacionados com a maternidade como possíveis indutores de *stress*, acabando por adotar estratégias secundárias do SV, que se podem caracterizar ansiedade ou evitamento em relação a esses eventos (Mikulincer & Shaver, 2016).

O Presente Estudo

Do nosso conhecimento, existem poucos estudos que explorem a relação entre alguns processos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa, e o funcionamento do sistema de prestação de cuidados durante o período peri-parto (Coo et al., 2020). Estudos desta área abordam essencialmente o período pós-parto (Marques et al., 2018; Rodrigues et al., 2018).

Para responder à necessidade de maior informação sobre este tema, apresentamos um estudo exploratório que visa analisar a associação entre a gravidez e o ajustamento psicológico, nomeadamente à sintomatologia depressiva e ansiosa, assim como ao funcionamento emocional de acordo com outros fatores transdiagnósticos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações emocionais. Propomo-nos ainda a analisar de que forma o ajustamento psicológico e funcionamento emocional influenciam significativamente o sistema de prestação de cuidados. Desta forma, pretendemos averiguar se: 1) a gravidez é um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa; e se 2) uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa na gravidez tem impacto na ativação de estratégias secundárias disfuncionais do sistema de

prestação de cuidados. As variáveis em estudo foram avaliadas através de instrumentos de autorresposta, sobre a presença de sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, fadiga, ruminação, dificuldades de regulação emocional, e a ativação das estratégias secundárias do sistema de prestação de cuidados.

Metodologia

Participantes

Neste estudo foram constituídos dois grupos de mulheres de nacionalidade portuguesa, cujas amostras foram emparelhadas no que respeita às variáveis idade e escolaridade. O grupo experimental (GE) foi constituído por 23 mulheres primíparas e o grupo de controlo (GC) por 23 mulheres não grávidas e sem filhos. As mulheres do GE, tinham idades compreendidas entre 26 e 36 anos ($M = 30.96$; $DP = 3.03$), eram maioritariamente casadas e encontravam-se, maioritariamente, no terceiro trimestre de gravidez, em média na trigésima semana ($M = 30.96$; $DP = 3.71$). As mulheres do GC tinham idades compreendidas entre os 25 e os 36 anos ($M = 30.74$; $DP = 3.29$) e eram maioritariamente solteiras.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas detalhadas da amostra do estudo.

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas do GE e do GC

	GE (N = 23)		GC (N = 23)	
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
Idade (anos)	30.96 (3.03)	26-36	30.74 (3.29)	25-36
Semana de Gravidez	30.96 (3.71)	25-37	-	-
Estado Civil	N	%	N	%
Solteira	3	13	13	56.5
Casada ou união de facto	20	87	10	43.5
Habilitações Literárias				
Ensino Secundário	1	4.3	1	4.3
Ensino Superior	22	95.7	22	95.7
Zona de Residência				
Urbana	13	56.5	22	95.7
Semiurbana	7	30.4	1	4.3
Rural	3	13.0	-	-

Nota: O Ensino Secundário corresponde até ao 12º ano.

Procedimentos

O presente estudo está integrado no projeto de investigação “*Brain plasticity in the peripartum: a multi-method longitudinal study of mothers and fathers*” da FPCE-UC,

que se encontra a ser desenvolvido por uma equipa de investigadores do CINEICC, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da FPCE-UC, no dia 16/12/2020.

Os critérios de inclusão para participação no estudo, foram: (i) ser do sexo feminino; (ii) ter idade superior a 18 anos; (iii) ser nativa da Língua Português Europeu; e (iv) não ter condição psiquiátrica atual, nem nenhuma condição médica que possa desregular a função neuroendócrina. Para o GE, todos os critérios de inclusão já referidos deveriam estar presentes, acrescentando as condições de (i) serem mulheres primíparas; (ii) com uma gravidez não-múltipla e (iii) apresentarem uma gravidez saudável e um feto/recém-nascido igualmente saudável.

A recolha da amostra realizou-se entre janeiro de 2021 e março de 2021, através da plataforma Psytoolkit (Stoet, 2010, 2017) de acesso livre e disponível *online*, que permite a demonstração, programação e execução de questionários e tarefas psicológicas e cognitivas, e que garante a confidencialidade dos dados das participantes. O processo de recrutamento foi realizado *online* por “*word-of-mouth*” e através da divulgação nas redes sociais, nomeadamente em grupos relacionados com o tópico da maternidade e também nas páginas do projeto criadas para este efeito (<https://www.instagram.com/projetoplasticidadecerebral/> e <https://www.facebook.com/A-Plasticidade-cerebral-no-Periparto-um-estudo-de-pais-e-m%C3%A3es-online-107401517971453>). No recrutamento era fornecido às participantes um link de acesso às informações do projeto (<https://forms.gle/pfsNCxQJ6PTsQSo89>) (objetivos, equipa responsável, normas de confidencialidade), com a solicitação do consentimento de participação (consentimento informado) e um questionário que pretendia apurar a presença/ausência de critérios de inclusão/exclusão para o estudo. Caso as participantes cumprissem os critérios definidos para integrar a amostra, era-lhes enviado um e-mail com todas as informações necessárias para a participação no estudo. O protocolo de avaliação relativo ao presente projeto tinha uma duração média de 15 minutos (<https://www.psytoolkit.org/c/3.3.2/survey?s=wCLFe>). Esta sessão foi seguida de uma segunda sessão experimental (<https://www.psytoolkit.org/c/3.3.2/survey?s=r6CE2>), cujos dados não fazem parte da presente dissertação. O projeto do qual faz parte este estudo, tem um desenho longitudinal, cujos dados são recolhidos no terceiro trimestre da gravidez (T1) e novamente entre a 3ª e a 4ª semana no período pós-parto (T2). Para a presente dissertação, apenas utilizaremos os dados relativos a T1.

Instrumentos

Instrumentos de Autorresposta

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Esta ficha de autorrelato pretende recolher as características sociodemográficas dos participantes (e.g. idade, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão) e características clínicas (e.g. história prévia de psicopatologia, medicação, problemas de saúde).

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS; Cox et al, 1987; Versão Portuguesa: Areias et al., 1996; Figueiredo, 1997). A EPDS é uma escala de autorresposta que avalia a presença e a intensidade de sintomas depressivos. Este instrumento é constituído por 10 itens (e.g., “Tenho-me sentido com medo ou muito assustado/a sem grande motivo”). Os itens são avaliados numa escala de Likert de 3 pontos (0 a 3) podendo a pontuação variar entre 0 e 30. Resultados acima de 9 são indicativos de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (Figueiredo, 1997). A versão portuguesa desta escala foi validada com mulheres no terceiro trimestre de gravidez, e os resultados mostraram uma boa validade e uma consistência interna excelente ($\alpha = .95$).

Escala de Perturbação de Ansiedade Generalizada (GAD-7; Spitzer et al., 2006; Versão Portuguesa: Sousa et al., 2015). A GAD-7 tem como objetivo avaliar e diagnosticar perturbações de ansiedade. É uma escala de autorrelato, composta por sete itens (e.g., “Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a”) dispostos numa escala de 0 (nunca) a 3 (em quase todos os dias). Aquando o seu preenchimento, devem ser tidas em conta as duas últimas semanas. A presença de sintomatologia relacionada com perturbações de ansiedade corresponde a valores iguais ou superiores a 10. A versão portuguesa desta escala foi validada com pacientes (homens e mulheres) diagnosticados com Perturbação de Ansiedade Generalizada, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (4ª ed.; DSM-IV-TR, APA, 2000). Esta escala revelou uma excelente consistência interna para a população portuguesa ($\alpha = .88$).

Escala de Avaliação de Fadiga (FAS; Michielsen et al., 2004; Versão Portuguesa: Alves, & Nazaré, 2017). A FAS é uma escala de autorrelato que tem como objetivo avaliar a fadiga crónica. É composta por 10 itens (e.g., “A fadiga/ o cansaço incomoda-me”) e cada um deles é avaliado de 1 (nunca) a 5 (sempre) e deve ser tido em conta o último mês. Neste instrumento de autorresposta, quanto mais elevada for a pontuação, maiores serão os níveis de fadiga. A versão portuguesa desta escala foi validada com pais de crianças com idades até aos 24 meses. A FAS mostrou boas

qualidades psicométricas para a população portuguesa com uma consistência interna excelente ($\alpha = .87$).

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional – Versão reduzida (DERS-SF; Kaufman et al., 2016; Versão Portuguesa: Moreira et al., 2020). A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional- Versão reduzida, é uma escala de autorrelato, constituída por 18 itens (e.g., “Quando estou triste ou irritado/a, fico fora de controlo.”), que devem ser cotados numa escala qualitativa entre 1 (Quase nunca) e 5 (Quase sempre). Este instrumento tem como objetivo avaliar as dificuldades na regulação emocional experienciadas pelos sujeitos, e quanto mais elevada for a pontuação, maiores são as dificuldades a nível da regulação emocional. A versão portuguesa desta escala foi validada através de três amostras: mulheres participantes num estudo sobre questões parentais, mães de uma criança ou adolescente com sobrepeso ou obesidade que participaram num estudo sobre a paternidade e a regulação emocional na obesidade pediátrica e mulheres participantes de um estudo *online* sobre questões parentais. A DERS-SF mostrou boas qualidades psicométricas para a população portuguesa com uma consistência interna excelente ($\alpha = .89$).

Escala de Respostas Ruminativas – Versão reduzida (RRS-SF; Treynor & Gonzalez, 2003; Versão Portuguesa: Dinis et al., 2011). A Escala de Respostas Ruminativas- Versão reduzida, é um instrumento de autorrelato composto por 10 itens (e.g., “Quando me sinto em baixo, triste ou deprimido: afasto-me sozinho/a e penso no porquê de me sentir deste modo.”), que são cotados numa escala de 4 pontos (entre 1= Quase nunca e 4= Quase sempre). Esta escala avalia a tendência dos sujeitos para ruminar, em situações de tristeza ou de depressão, sendo que pontuações mais elevadas são características de estilos de respostas ruminativas. A RRS-SF, contém duas dimensões da ruminação: cismar e reflexiva. A primeira dimensão, designada por cismar (*brooding*), reflete a comparação passiva da situação corrente com algum padrão não alcançado. A segunda dimensão, designada por reflexiva (*reflection*), refere-se ao esforço ativo para ganhar insight sobre o problema e consiste no uso de estratégias cognitivas com o intuito de aliviar os sintomas depressivos. A versão portuguesa desta escala foi validada com participantes estudantes e não estudantes. Os valores de consistência interna obtidos para a população portuguesa para cada uma das escalas foram elevados, com $\alpha = .76$ para a dimensão cismar e $\alpha = .75$ para a dimensão reflexiva.

Escala do Funcionamento do Sistema de Prestação de Cuidados (CSS/EFSPC; Shaver et al., 2010; Versão Portuguesa: Moreira et al., 2015). A Escala do Funcionamento do Sistema de Prestação de Cuidados, é um instrumento de autorresposta que tem como objetivo avaliar as estratégias de hiperativação e desativação do sistema de prestação de cuidados, de acordo com a teoria da vinculação. É constituída por 20 itens (e.g., “Quando ajudo alguém, preocupa-me muitas vezes não ser tão bom/boa a fazê-lo como as outras pessoas.”), que devem ser respondidos de acordo com uma escala de 1 (nada) a 7 (muitíssimo). As pontuações vão dar indicação sobre as duas subescalas: estratégias de hiperativação e estratégias de desativação. A subescala estratégias de hiperativação diz respeito a níveis elevados de ansiedade, que conseqüentemente facilmente ativam o sistema de vinculação. Nestas estratégias, o indivíduo tende a exagerar o grau de ameaça de uma dada situação (catastrofização). A subescala estratégias de desativação diz respeito a níveis elevados de evitamento, que conseqüentemente inibem a ativação do sistema de vinculação. Nestas estratégias, o indivíduo tende a ignorar grau de ameaça de uma dada situação (evitamento). A versão portuguesa desta escala foi validada com pais que tinham bebés de 1 mês, e os resultados demonstraram uma boa validade e consistência interna ($\alpha \geq .70$).

Análise de Dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 25.0) para *Windows*. No que refere à caracterização sociodemográfica da amostra, recorreremos à estatística descritiva (e.g., médias, desvios-padrão [DP], frequências). Após ser testada a homogeneidade da variância, os resultados mostraram que não existe evidência para rejeitar a homogeneidade das variâncias para as variáveis em estudo, para os dois grupos. Os pressupostos da normalidade para as variáveis foram testados através do teste *Shapiro-Wilk*.

De modo a responder à primeira hipótese de investigação – se a gravidez é um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa – começámos por testar as diferenças encontradas entre os dois grupos (GE versus GC) nas diferentes variáveis de ajustamento psicológico e funcionamento emocional utilizando a ANOVA Univariada (*One-way ANOVA*; Howell, 2002). A ANOVA é uma prova estatística robusta, isto é, os seus resultados não são enviesados de forma relevante

em caso de violações moderadas das suas assunções (Howell, 2002). O tamanho do efeito foi obtido através do eta-quadrado - *Partial Eta Squared* (η^2). Segundo a classificação de Cohen (1988) para o tamanho do efeito obtido através do eta-quadrado: entre .02 e .13 é considerado um tamanho de efeito pequeno; entre .13 e .26 é considerado um tamanho de efeito médio; e valores superiores a .26 são considerados tamanhos de efeito grandes.

Posteriormente, de forma a dar resposta à segunda hipótese investigação - a maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa na gravidez tem impacto na ativação de estratégias secundárias disfuncionais do sistema de prestação de cuidados - foram realizadas análises de correlação de *Pearson* para explorar possíveis relações entre as variáveis em estudo (sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, fadiga, dificuldades de regulação emocional, ruminação e funcionamento do sistema de prestação de cuidados), tendo sido adotada a classificação proposta por Cohen (1988) relativamente à magnitude do efeito das correlações: baixa ($r < .30$), moderada ($.30 < r < .50$) ou elevada ($r > .50$).

Consequentemente, procurámos compreender a influência da gravidez no papel mediador da ruminação (dimensão cismar, variável mediadora) na relação entre as dificuldades de regulação emocional (variável independente) e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados (variável dependente), utilizando um modelo de mediação moderada, com o grupo como moderador (modelo 59), através do Macro PROCESS do SPSS (Hayes, 2013).

Na ausência de efeito moderador da gravidez, estudámos o papel mediador da ruminação (dimensão cismar) na relação entre as dificuldades de regulação emocional (variável independente) e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados (variável dependente), através da análise dos efeitos diretos, indiretos e de mediação simples (modelo 4).

Para estimar os modelos de mediação foi utilizado o procedimento de *Bootstrapping* (com 5.000 amostras), um procedimento de reamostragem não paramétrico, para testar os efeitos indiretos incondicionais. De acordo com Preacher e Hayes (2008), o valor *boot* não nos confirma a presença (ou não) de um efeito de mediação, mas somente o respetivo intervalo de confiança (IC 95%; *Bias-Corrected and Accelerated Confidence Intervals*), e se os ICs não contiverem zero, estamos na presença de um efeito de mediação (Preacher & Hayes, 2008).

Resultados

Estatística Descritiva

Os resultados da estatística descritiva por variável (sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, fadiga, ruminação, dificuldades de regulação emocional e funcionamento do sistema de prestação de cuidados) e para cada grupo estão representados na Tabela 2. No GE, observou-se que a média de grupo para a presença de sintomatologia depressiva ($M = 5.83$, $DP = 4.27$) e ansiosa ($M = 6.00$, $DP = 4.57$) se encontrava abaixo dos pontos de corte clínicos para a EPDS (> 9) e GAD (≥ 10). Já no GC, a média de grupo para sintomatologia depressiva ($M = 18.09$, $DP = 5.57$) e ansiosa ($M = 16.48$, $DP = 5.32$) encontra-se acima dos pontos de corte clínicos para ambas as escalas.

A comparação entre grupos (GE versus GC), através da ANOVA Univariada mostrou diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis (sintomatologia depressiva, $F(1, 44) = 70.23$, $p < .001$; sintomatologia ansiosa, $F(1, 44) = 51.36$, $p < .001$). As diferenças estatisticamente significativas, obtidas através da ANOVA, foram de grande magnitude, segundo os valores postulados por Cohen (1988). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos para as restantes variáveis, tal como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo e Comparações Entre Grupos, Através da ANOVA Univariada (One-way ANOVA)

		GE	GC			
		<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Sintomatologia Depressiva (EPDS)		5.83 (4.27)	18.09 (5.57)	17.50	.000	.62
Sintomatologia Ansiosa (GAD-7)		6.00 (4.57)	16.48 (5.32)	35.00	.000	.54
Fadiga (FAS)		22.91 (4.03)	24.35 (4.99)	1.15	.290	.03
Ruminação (RRS-SF)	Cismar	7.52 (1.88)	7.52 (2.39)	0	1.00	.00
	Reflexivo	9.78 (3.19)	11.22 (3.33)	2.23	.143	.05

Dificuldades de Regulação Emocional (DERS-SF)		38.74 (8.11)	36.78 (8.58)	0.63	.431	.01
Sistema de Prestação de Cuidados (EFSPC)	Hiperativação	31.26 (9.60)	32.96 (12.11)	0.28	.601	.01
	Desativação	22.35 (6.28)	22.57 (7.11)	0.01	.913	.00

Correlações entre as Variáveis em Estudo

No sentido de analisar a associação entre as variáveis (sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa, a fadiga, a ruminação, as dificuldades de regulação emocional e o funcionamento do sistema de prestação de cuidados) realizaram-se análises de correlação de Pearson para explorar a grandeza das associações entre as variáveis supramencionadas. As correlações de Pearson calculadas entre as variáveis em estudo encontram-se apresentadas na Tabela 3 (GE) e na Tabela 4 (GC).

Todas as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis foram moderadas a elevadas.

Tabela 3

Correlações entre as Variáveis em Estudo (GE)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sintomatologia Depressiva	-							
2. Sintomatologia Ansiosa	.77**	-						
3. Fadiga	.68**	.60**	-					
4. Ruminação (Cismar)	.58**	.45*	.39	-				
5. Ruminação (Reflexivo)	.38	.28	.34	.38	-			
6. Dificuldades de Regulação Emocional	.72**	.66**	.68**	.57**	.53**	-		
7. Sistema de Prestação de Cuidados (Hiperativação)	.48*	.35	.44*	.72**	.25	.45*	-	
8. Sistema de Prestação de Cuidados (Desativação)	-.01	.26	.03	.21	-.15	.15	.10	-

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tabela 4*Correlações entre as Variáveis em Estudo (GC)*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sintomatologia Depressiva	-							
2. Sintomatologia Ansiosa	.75**	-						
3. Fadiga	.16	.49*	-					
4. Ruminação (Cismar)	.52*	.40	.13	-				
5. Ruminação (Reflexivo)	.25	.06	-.10	.60**	-			
6. Dificuldades de Regulação Emocional	.64**	.53**	.24	.84**	.62**	-		
7. Sistema de Prestação de Cuidados (Hiperativação)	.15	.22	-.05	.60**	.29	.39	-	
8. Sistema de Prestação de Cuidados (Desativação)	.08	.19	.27	-.07	.09	.11	-.06	-

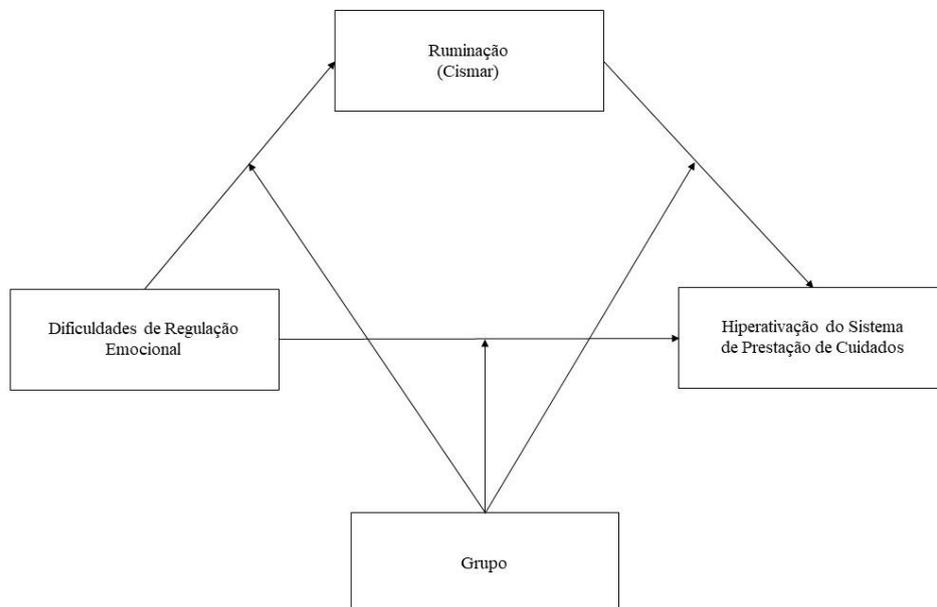
* $p < .05$. ** $p < .01$.

O Papel Moderador da Gravidez no Modelo de Mediação (Análise de Mediação Moderada)

Tendo em conta a análise das correlações entre variáveis nos grupos, e de forma a procurar responder à segunda hipótese de investigação, explorámos a influência da gravidez na relação entre as dificuldades de regulação emocional (variável independente) e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados (variável dependente). Para o efeito, e com base na literatura, testámos um modelo de mediação moderada, com o grupo como moderador e considerámos a ruminação (dimensão cismar) como a variável mediadora (Figura 1).

Figura 1

Modelo Conceptual do Estudo: Mediação Moderada da Ruminação na Relação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e a Hiperativação do Sistema de Prestação de Cuidados



No modelo supramencionado, apenas a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a ruminação (cismar) se apresentou estatisticamente significativa ($b = 0.23$, $SE = 0.09$, $t = 2.50$, $p = .01$, IC 95% [0.04, 0.42]).

Segundo o modelo, nenhuma interação entre o grupo (moderador) e o modelo foi estatisticamente significativa. Isto é, a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a ruminação (cismar) não foi moderada pelo grupo ($b = -0.3$, $SE = 2.23$, $t = 0.78$, $p = .52$, IC [-0.15, 0.07]), bem como a associação entre a ruminação (cismar) e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados ($b = -1.44$, $SE = 1.96$, $t = -0.73$, $p = .46$, IC 95 [-5.41, 2.53]) e a associação entre as dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados ($b = -1.59$, $SE = 0.47$, $t = 1.24$, $p = .22$, IC [-0.37, 1.55]).

Na moderação do efeito direto, os resultados mostraram que o efeito direto das dificuldades de regulação emocional na hiperativação do sistema de prestação de cuidados não foi estatisticamente significativo, quer para o GE ($b = -0.49$, $SE = 0.40$, $t = -1.22$, $p = .22$, IC [-1.31, 0.32]), quer para o GC ($b = 0.09$, $SE = 0.25$, $t = 0.38$, $p = .70$, IC [-0.40, 0.60]).

Relativamente à moderação no efeito indireto das dificuldades de regulação emocional na hiperativação do sistema de prestação de cuidados, verificou-se que o mesmo foi apenas significativo no GE ($b = 0.95$, $SE = 0.39$, IC [0.21, 1.80]), não tendo sido significativo no GC ($b = 0.54$, $SE = 3.92$, IC [-0.46, 1.07]).

O índice de mediação moderada foi de -0.41 ($SE = 0.55$, IC [-1.72, 0.47]), indicando a ausência de moderação no efeito indireto.

O Papel Mediador da Ruminação (Dimensão Cismar) na Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e a Hiperativação do Sistema de Prestação de Cuidados.

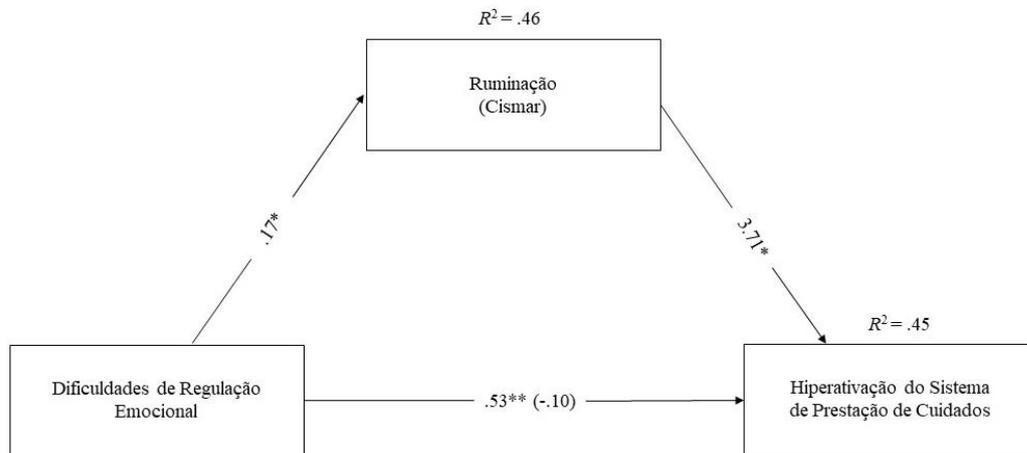
Efeitos Diretos e Indiretos da relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e a Hiperativação do Sistema de Prestação de Cuidados.

A Figura 2 representa o modelo referente aos efeitos diretos e indiretos da relação entre dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados. No presente modelo, as dificuldades de regulação emocional e a ruminação (cismar) explicaram 45% da variância da hiperativação do sistema de prestação de cuidados.

Os resultados mostraram que enquanto que o efeito total das dificuldades de regulação emocional na hiperativação do sistema de prestação de cuidados foi estatisticamente significativo ($b = 0.53$, $SE = 0.17$, $t = 2.98$, $p = .004$, IC [0.17, 0.89]), o efeito direto não foi estatisticamente significativo ($b = -0.10$, $SE = 0.19$, $t = -0.54$, $p = .588$, IC [-0.51, -0.29]). No entanto, foi encontrado um efeito indireto estatisticamente significativo das dificuldades de regulação emocional na hiperativação do sistema de prestação de cuidados ($b = 0.64$, $SE = 0.20$, IC [0.27, 1.08]), o que significa que o efeito das dificuldades de regulação emocional na hiperativação do sistema de prestação de cuidados se torna estatisticamente significativo apenas através da ruminação (cismar).

Figura 2

Efeitos Diretos e Indiretos da Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e a Hiperativação do Sistema de Prestação de Cuidados



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

Nota: Os valores das linhas representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Na linha que liga as dificuldades de regulação emocional à hiperativação do sistema de prestação de cuidados, o valor apresentado fora do parêntesis representa o efeito total das dificuldades de regulação sobre a hiperativação do sistema de prestação de cuidados. O valor dentro de parêntesis, representa o efeito direto entre as mesmas variáveis, controlando a ruminação (cismar), estimado a partir das análises de *bootstrapping*.

Discussão

No presente estudo, procurámos averiguar se a gravidez seria um período de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa; e confirmar a literatura, de acordo com a qual essa maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa terá um impacto nas estratégias utilizadas do sistema de prestação de cuidados (Jeong et al., 2013).

Ao contrário do esperado, os resultados obtidos divergem da hipótese inicial de investigação. Ou seja, no nosso estudo as mulheres não grávidas apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa do que mulheres grávidas. Além disso, os nossos resultados contrastam com dados de estudos anteriores, que apresentam a gravidez como um período de extrema vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações emocionais (Biaggi et al., 2016; Fairbrother et al., 2015). Uma vez que este estudo não tem carácter longitudinal, não podemos estabelecer relações causal que nos permita explicar as diferenças encontradas entre os dois grupos. Embora não possamos discutir relações causais para este fenómeno e embora não tenhamos observado, exaustivamente outras variáveis que poderão estar a contribuir para as diferenças encontradas entre os dois grupos, importa enquadrá-las, por um lado à luz da literatura existente, e por outro, à luz do contexto que atualmente vivenciamos a nível global.

A ruminação consiste num processamento contínuo e repetitivo de pensamentos negativos e é tipicamente considerada uma estratégia disfuncional de regulação emocional (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Sabe-se também que o processo de ruminação é considerado de extrema importância clínica, uma vez que é um reconhecido fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (De Raedt & Koster, 2010; Vanderhasselt et al., 2012), predizendo também sintomatologia ansiosa (Hong, 2007).

Embora a RRS-SF seja a mais utilizada no estudo da ruminação (Dinis et al., 2011), não avalia a ruminação numa perspetiva “tradicional”, ou seja, como um processamento contínuo e repetitivo de pensamentos negativos. Efetivamente, a RRS-SF avalia a tendência dos sujeitos para ruminar, particularmente em situações de tristeza ou de depressão, descrevendo respostas ao humor depressivo que são autorreferenciais (e.g., “Penso: Porque é que sou a única pessoa com estes problemas?”), que se focam no significado da ruminação (e.g., “Escrevo o que estou a pensar e de seguida analiso o que

escrevi”), nos sentimentos subjetivos associados ao humor depressivo (e.g., “Penso no quanto me sinto triste”), nos sintomas depressivos (e.g., “Foco-me no facto de estar sempre cansado (a)”), e nas possíveis causas e consequências do seu estado de humor negativo (e.g., “Penso que não serei capaz de fazer o meu trabalho se não for capaz de sair disto”). A RRS-SF subdivide-se em duas dimensões: a cisma (*brooding*), representa a comparação passiva de uma dada situação corrente com algum padrão não alcançado. A ruminação reflexiva (*reflection*), diz respeito ao esforço ativo para ganhar *insight* sobre o problema e consiste no uso de estratégias cognitivas com o intuito de aliviar os sintomas depressivos. Importa salientar que a dimensão cismar desta escala representa um estilo de pensamento ruminativo marcado por pensamentos de elevada autocrítica, dada a permanente comparação entre o estado atual com o estado desejado (aquele que se gostaria ou que se considera que se deveria alcançar) e é considerada na literatura como mais prejudicial e patológica do que a dimensão reflexiva (Treyner et al., 2003).

Relativamente à dimensão cismar da ruminação, os nossos resultados revelam que esta se associa à sintomatologia depressiva e ansiosa, durante a gravidez e à sintomatologia depressiva fora do período de gravidez. Estudos anteriores corroboraram estas associações, mostrando que a dimensão cismar da ruminação se associa à sintomatologia depressiva, ansiosa, ao *stress* e ao afeto negativo, correspondendo à dimensão mais desadaptativa e prejudicial da ruminação (Treyner et al., 2003).

Já a dimensão reflexiva, os nossos resultados mostraram que se correlaciona com as DRE, apenas no grupo de mulheres não grávidas. Posto isto, importa salientar que, por um lado, existem estudos que confirmam a natureza adaptativa e funcional da dimensão reflexiva (Treyner et al., 2003), e que demonstram que esta dimensão prediz, longitudinalmente, uma diminuição nos índices depressivos, após serem controlados os níveis iniciais de depressão. No entanto, outros estudos encontraram uma correlação positiva entre a dimensão reflexiva e a depressão (Rude et al., 2007). Por sua vez, sabemos também que a depressão se encontra associada a DRE, o que pode justificar a correlação encontrada entre a dimensão reflexiva e as DRE, nas mulheres não grávidas (Aldao et al., 2010). Contudo, do nosso conhecimento, não existem estudos que analisem as relações entre estas variáveis.

Os nossos resultados mostraram ainda algumas relações interessantes entre variáveis, nomeadamente no grupo de mulheres grávidas, merecedores de análise. Em particular, mostraram que a hiperativação do sistema de prestação de cuidados estava

positivamente correlacionada com a sintomatologia depressiva (mas não ansiosa), com a fadiga, a ruminação (dimensão cismar) e ainda com as dificuldades de regulação emocional nas mulheres grávidas.

A relação encontrada entre sintomatologia depressiva e ansiosa e a fadiga converge com resultados de estudos anteriores (Taylor et al., 2013; Wilson et al., 2018). Apesar de ser considerada normativa no período peri-parto, a fadiga pode contribuir para a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa neste período (Cheng et al., 2015; Rodriguez et al., 2001).

Sabemos também que a relação entre a fadiga e a sintomatologia depressiva é recíproca no pós-parto, uma vez que a fadiga nos primeiros meses após o nascimento pode ser preditora de sintomatologia depressiva posterior e vice-versa (Giallo et al., 2014).

Ainda, na validação da versão portuguesa da FAS no pós-parto, verificou-se que quanto maior o nível de fadiga maior a sintomatologia depressiva (avaliada através da EPDS, também utilizada neste estudo), em pais (homens e mulheres; Alves & Nazaré, 2017). No entanto, não temos conhecimento da utilização desta escala em estudos com mulheres no período de gravidez.

No nosso estudo verificamos que enquanto no grupo de mulheres grávidas a fadiga estava correlacionada com a sintomatologia depressiva e ansiosa, no grupo de mulheres não grávidas a fadiga está apenas correlacionada com a sintomatologia depressiva. Podemos assim assumir que níveis elevados de fadiga estão associados à presença de sintomatologia clínica, podendo potencialmente funcionar como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações emocionais na gravidez, e para o desenvolvimento de perturbações do humor em particular nas mulheres jovens adultas em geral. Desta forma, destacamos a importância da avaliação e monitorização da fadiga não apenas no período pós-parto, mas também durante a gravidez.

Os nossos resultados mostraram também que nas mulheres grávidas a sintomatologia depressiva (mas não a sintomatologia ansiosa) estava positivamente associada à hiperativação do sistema de prestação de cuidados. De acordo com a literatura, representações de vinculação inseguras (de si mesmo e dos outros) e consequentemente, o uso de estratégias de vinculação disfuncionais constituem fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva ao longo do ciclo de vida (Mikulincer & Shaver, 2016). Embora sejam ainda poucos os estudos que

averiguam a relação entre a sintomatologia depressiva e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados no período peri-parto, esta associação parece não ser constante nem igual, desde a gravidez ao pós-parto. Por exemplo, um estudo recente de Kleinman & Reizer (2018) numa amostra com 150 mulheres no pós-parto, mostrou uma associação não significativa entre as estratégias de hiperativação do sistema de prestação de cuidados e sintomatologia depressiva, o que diverge dos nossos resultados. Apesar de o estudo de Kleinman, & Reizer (2018) e o nosso sugerirem que existem diferenças entre gravidez e pós-parto na relação entre estas duas variáveis, o pequeno tamanho da nossa amostra e a ausência de outros estudos que tenham observado a gravidez, sugere cautela na interpretação dos dados e a importância de no futuro se desenvolverem esforços no sentido de clarificar se efetivamente existem diferenças ou não ao longo do peri-parto.

Os nossos resultados mostram que as DRE e o uso de estratégias de regulação emocional disfuncionais, como é o caso da ruminação, estão associadas a sintomas depressivos e ansiosos, corroborando também resultados anteriores que mostram que mulheres, no período pós-parto, com sintomas de depressão e ansiedade comórbidos relatam mais DRE do que mulheres sem comorbidade e mulheres saudáveis (Marques et al., 2018). As mesmas correlações foram encontradas no grupo de mulheres não grávidas (Aldao et al., 2010; Haga et al., 2012).

A dimensão cismar da ruminação correlacionou-se com as DRE e com a hiperativação do sistema de prestação de cuidados nas mulheres grávidas, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo de validação original da EFSPC na população geral (Shaver et al., 2010). Assim, seria esperado que as correlações fossem semelhantes também nas mulheres não grávidas, contudo, segundo os nossos resultados verificamos que esta correlação não existe.

Finalmente, a hiperativação do sistema de prestação de cuidados mostrou-se correlacionado com a fadiga, apenas no grupo de mulheres grávidas. Embora não tenhamos conhecimento de outros estudos que analisem estas duas variáveis, pensamos esta associação possa estar presente durante a gravidez, na linha do contributo da fadiga para a presença sintomatologia depressiva no pós-parto que por sua vez está associada à hiperativação do sistema de cuidados. No entanto, um modelo explicativo das relações entre as três variáveis parece estar ainda por estabelecer.

O Papel Mediador da Ruminação na Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e Estratégias Disfuncionais do Sistema de Prestação de Cuidados – O Modelo Explicativo

Procurámos ainda explorar a nossa segunda hipótese de investigação, averiguando o possível papel moderador da gravidez (e da vulnerabilidade a ela associada) na relação entre as dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados (mediada pela cisma, a dimensão mais disfuncional e potencialmente patológica da ruminação). De acordo com os nossos resultados, verifica-se uma ausência de mediação moderada, ou seja, uma ausência de efeito da gravidez na relação entre dificuldades de regulação emocional e estratégias secundárias disfuncionais de prestação de cuidados, resultando assim num modelo de mediação simples. Este modelo de mediação simples é aplicável quer a mulheres grávidas quer mulheres não grávidas, e independentemente das diferenças encontradas ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa.

No modelo de mediação simples, no que concerne à associação entre as DRE e a ruminação, verificámos que níveis mais elevados de DRE se associaram a níveis mais elevados de ruminação (cismar), tal como era esperado, uma vez que a ruminação se caracteriza por um processo disfuncional de RE (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

No que diz respeito à relação entre a ruminação (cismar) e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados, verificámos que níveis mais elevados de cisma estão associados ao maior uso de estratégias de hiperativação do sistema de prestação e cuidados, confirmando a literatura anterior. Shaver et al. (2010) observaram uma amostra da população geral e verificaram a mesma associação entre as estratégias de hiperativação do sistema de prestação e cuidados e a ruminação. Também segundo Mikulincer e Shaver (2016), mulheres com vinculação mais insegura tendem a adotar estratégias ruminativas, ao enfrentar eventos indutores de *stress* relacionados com a maternidade. No entanto, desconhecemos estudos que associem estas variáveis, em mulheres, durante a gravidez.

Nas análises de mediação realizadas não se registou um efeito direto significativo na relação entre as DRE e a hiperativação do sistema de prestação e cuidados, na presença da ruminação (cismar) como mediadora, o que sugere um efeito de mediação total/completa deste processo. Apesar de a abordagem “clássica” da mediação (Baron & Kenny, 1986) afirmar que uma mediação completa seria, estatisticamente, o resultado ideal, atualmente, segundo Hayes (2018), este conceito não oferece um entendimento

claro e exclusivo dos fenômenos, uma vez que os resultados obtidos estão sempre dependentes do tamanho da amostra e de muitas outras variáveis que não estão a ser tidas em conta. Desta forma, o conceito de mediação completa deve ser evitado (Hayes, 2018) e tal deve ser tido em consideração na interpretação dos resultados. Ainda, apesar de termos utilizado esta variável em particular (dimensão cismar da ruminação) para explicar a relação entre as DRE e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados (na ausência de outras correlações com outras variáveis) a interpretação dos resultados deve ser cautelosa e ter em consideração que a ruminação não é com certeza uma explicação exclusiva desta relação.

Para além da observação das estratégias de regulação emocional, consideramos vantajoso avaliar a presença de estratégias secundárias do sistema de prestação de cuidados nas mulheres durante a gravidez, na medida em que permite avaliar precocemente outros possíveis fatores de risco na relação com o bebé. Por exemplo, sabemos pela literatura que as grávidas passam por uma reorganização mental que permite o desenvolvimento da identidade materna. Esse processo de reorganização envolve a elaboração e integração de representações mentais do feto, da mulher como mãe, de self-traços não maternos e de outras relações significativas (Ammaniti & Trentini, 2009). A natureza e a qualidade dessas representações maternas são influenciadas por muitos fatores, como experiências na infância, relacionamento com o parceiro e com a família, estado psicológico e fatores de risco ambientais (Lara-Carrasco et al., 2013). Dentre esses fatores, a qualidade das experiências na infância e principalmente a relação com a figura materna, influencia a natureza dessas representações durante a gravidez (Ammaniti & Trentini, 2009). Segundo o estudo de Jeong et al. (2013) a experiência anterior de apoio emocional insuficiente da mãe (mas não do pai) é um preditor independente de depressão na gravidez. Isso sugere que experiências positivas internalizadas com a própria mãe podem ajudar as mulheres grávidas a gerir emoções negativas durante a gravidez e a construir uma relação mãe-bebé saudável. Assim, o uso de estratégias desadaptativas, provenientes de uma vinculação insegura criada com as figuras de vinculação na infância, e mais tarde com as figuras de vinculação na idade adulta, pode representar um fator de risco para a qualidade da relação entre a mãe e o bebé. Por isso, neste estudo destacamos a importância de avaliar a qualidade das experiências parentais na infância, enquanto fatores que

aumentam a probabilidade de as mães terem dificuldades em desenvolver relacionamentos positivos e saudáveis com seus bebês (Jeong et al., 2013).

O presente estudo é inovador, no modelo que propõe para explicar a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação e cuidados, mediada pela dimensão cismar da ruminação, em mulheres jovens adultas, independentemente da presença de sintomatologia depressiva ou ansiosa e independentemente da mulher se encontrar grávida ou não. Ou seja, para além das dificuldades de regulação emocional, a ruminação e em particular a cisma, parecem representar um fator de risco acrescido para o uso de estratégias disfuncionais de prestação de cuidados nomeadamente através da sua hiperativação, fazendo da ruminação uma variável importante a avaliar em qualquer período.

Enquadramento dos Resultados do Estudo: O Impacto da COVID-19 na Saúde Mental das Mulheres Jovens Adultas em Portugal

A pandemia trouxe consigo vários fatores de *stress* e potenciais fatores de risco para problemas de saúde mental (e.g., medo de contrair o vírus e suas consequências, e preocupações com a saúde de familiares mais vulneráveis ao vírus, problemas financeiros, alterações na dinâmica familiar; Pierce et al., 2020). O risco elevado de contágio exigiu, até à data, dois grandes períodos de confinamento em Portugal (instituídos para mitigar a propagação do vírus) que resultaram em isolamento físico e social e, conseqüentemente, em níveis provavelmente reduzidos de apoio social percebido (Holmes et al., 2020). Segundo a literatura, o confinamento, a perda da rotina habitual e a redução do contato social e físico com outras pessoas causam tédio, frustração e uma sensação de isolamento do resto do mundo (Braunack-Mayer et al., 2013).

A literatura sobre o impacto da COVID-19 na saúde mental ainda é escassa e os dados epidemiológicos sobre a prevalência de perturbações de saúde mental precipitadas por COVID-19 na população portuguesa ainda são limitados. No entanto, estudos portugueses promovidos pela Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa revelam já que cerca de 83% dos participantes relataram mau humor, sensação de agitação, ansiedade ou tristeza devido às medidas de distanciamento, cerca de 1 semana após tais medidas terem sido aplicadas. Mais de 26% dos inquiridos relataram sentir-se assim diariamente ou quase todos os dias. Além disso, foi identificada uma associação

positiva entre a percepção do risco de contrair SARS-CoV-2 e a frequência de resultados adversos de saúde mental relatados, como sentir-se ansioso, agitado, deprimido ou triste (Dias et al., 2020).

Os resultados demonstraram ainda que as pessoas mais jovens (16-25 anos de idade) e do sexo feminino foram os mais suscetíveis à angústia induzida por medidas de confinamento (Dias et al., 2020). Também num estudo de Sun et al. (2021) as mulheres relataram maiores níveis de ansiedade do que os homens, durante a pandemia.

O nosso estudo decorreu durante o segundo confinamento decretado em Portugal e não podemos por isso, excluir o seu impacto nos resultados obtidos. Sabe-se que a gravidez é um período de grande risco e vulnerabilidade para a saúde mental das mulheres (Grigoriadis et al., 2017). Para mulheres grávidas, os fatores de *stress* são, em contexto de pandemia, possivelmente, agravados por preocupações acerca das consequências de contrair o vírus e de o feto contrair o vírus também, bem como preocupações gerais sobre o acesso a cuidados de saúde e apoio (Nanjundaswamy et al., 2020). Embora ainda pouco se saiba relativamente ao bem-estar de mulheres grávidas, durante o período pandémico, o estudo de Harrison et al. (2020) e o estudo de Davenport et al. (2020) evidenciaram taxas elevadas de perturbações emocionais (ansiedade e depressão) em mulheres grávidas durante a pandemia, bem como aumento do medo, solidão e preocupação. No entanto os nossos dados parecem estar em contraste com a literatura mostrando que mulheres grávidas apresentam melhor ajustamento psicológico e melhor funcionamento emocional do que mulheres não grávidas com a mesma idade e escolaridade, o que parece estar em contraste com os dados obtidos por Harrison et al. (2020) e Davenport et al. (2020). Por outro lado, os resultados obtidos no grupo de mulheres não grávidas corroboram a evidência emergente relativamente ao aumento de sintomatologia depressiva e ansiosa na população geral, durante a pandemia (Dias et al., 2020).

Embora não tenhamos encontrado um efeito de moderação da gravidez na mediação da relação entre as dificuldades de regulação emocional e a hiperativação do sistema de prestação de cuidados, as diferenças entre mulheres grávidas vs. não grávidas relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa, merecem, da nossa parte, uma reflexão cuidada. Nomeadamente, uma análise sobre as possíveis razões para estas diferenças e, conseqüentemente, que sejam colocadas algumas questões merecedoras de atenção no futuro.

Existem alguns possíveis fatores protetores para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa que podemos ter em consideração. Um estudo anterior realizado na Austrália, avaliou fatores protetores, durante a pandemia de gripe H1N1 (conhecida como gripe A; Braunack-Mayer et al., 2013). Segundo Braunack-Mayer et al. (2013), para indivíduos com altos níveis socioeconómicos, a suspensão da deslocação diária para o local de trabalho, alterações das atividades/ rotina no trabalho, e a possibilidade de passar mais tempo com a família, pode ter reduzido potencialmente o *stress*, e ter levado a uma adaptação positiva ao período pandémico, com aumento do bem-estar e da saúde mental. Pensamos que estes e outros fatores protetores possam também aplicar-se à pandemia atual por SARS-CoV-2.

Um estudo recente de Sun et al. (2021) mostrou que o apoio social percebido funcionava como fator protetor para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) na pandemia por SARS-CoV-2. Em particular, o facto de as pessoas estarem casadas ou em união de facto, parece estar a funcionar como fator protetor.

Também, um estudo recente de Coe et al. (2020), sugere que na transição para a maternidade, a presença do parceiro amoroso pode ser particularmente relevante para o bem-estar materno. Em contraponto, o mesmo autor refere ainda que mulheres que não mantêm um relacionamento próximo, parecem ter um risco acrescido para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade.

Efetivamente, no nosso estudo 87% das mulheres grávidas reportaram estar casadas ou em união de facto (versus 13% solteiras) e no grupo de mulheres não grávidas, a maioria das mulheres reportou estar solteira - 56,5% - (versus 43,5 % casada ou em união de facto) o que pode explicar os índices mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa nas mulheres não grávidas, devido a um maior número de mulheres sem um relacionamento próximo e potencialmente menor perceção de suporte.

Além disso, o autocuidado acrescido que as mulheres grávidas têm durante este período, pode ter promovido uma melhor adaptação à pandemia deste grupo, comparativamente ao grupo de mulheres não grávidas. Num estudo de Joellen et al. (1998), mais da metade das mulheres relatou que durante a gravidez mantêm atividades para se manterem saudáveis, que incluíam caminhar ou correr. Ainda, quase metade destas mulheres mudou a sua dieta alimentar e um quarto relatou começar exercício físico regular ou meditar (Cannella et al., 2010). Já em período pandémico, Davenport et al.

(2020) mostraram que mulheres grávidas (e no pós-parto) que praticavam, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana obtiveram pontuações significativamente mais baixas para ansiedade e depressão do que aquelas que não o fizeram. Isto é, mudanças nos hábitos de autocuidado que as mulheres grávidas promovem nas suas vidas, poderão constituir um fator protetor e um melhor funcionamento psicológico e ajustamento emocional durante a pandemia.

Segundo Gross (2015), antecipar eventos positivos futuros associados ao nascimento do bebé, pode amortecer sentimentos negativos durante a gravidez. Assim, sugerimos que a experiência de uma gravidez nesta fase pandémica, possa ter amortecido o impacto negativo e a desesperança associadas a esta fase pandémica, resultando numa melhor saúde mental para as mulheres grávidas. Isto é, mulheres grávidas beneficiam de um evento positivo (a gravidez) que lhes permite desfocar a sua atenção dos efeitos negativos e *stress* associados à pandemia. Por outro lado, mulheres não grávidas poderão apenas reconhecer e manifestar o impacto negativo da pandemia, estando mais focadas nas possíveis consequências negativas da mesma. Isto talvez porque não beneficiam de um aspeto positivo e de dimensão comparável à de uma gravidez na sua vida, para o qual dirigir os seus recursos e expectativas de futuro. Desta forma, o foco na gravidez poderá ter contribuído para as diferenças encontradas entre os dois grupos. Assim, poderá a gravidez, ao contrário do esperado, funcionar como um fator protetor na saúde mental das mulheres em situação pandémica?

Limitações, Contributos e Implicações Clínicas

O presente estudo apresenta várias limitações que devem ser tidas em conta aquando a interpretação dos resultados. Primeiramente, o desenho transversal do estudo não permite inferir a causalidade das relações entre as variáveis em estudo, sendo necessária cautela na generalização dos resultados. Isto é, para melhor explicar os resultados encontrados e concluir da causalidade das relações entre as variáveis encontradas, seria necessário um estudo longitudinal que explorasse a associação entre a sintomatologia depressiva, ansiosa, fadiga, dificuldades de regulação emocional e ruminação e o sistema de prestação de cuidados, em mulheres portuguesas, durante o período peri-parto.

Em segundo lugar, a amostra do estudo é uma amostra de conveniência e não representativa, de tamanho reduzido, tendo em conta que se trata de um estudo

exploratório. Ainda, tendo o recrutamento decorrido *online* (i.e., através da divulgação em redes sociais), existe um enviesamento natural da amostra no sentido de mulheres com um interesse significativo na temática da investigação, o que pode sugerir uma amostra autosseleccionada.

Em terceiro, as variáveis de ajustamento psicológico, funcionamento emocional e funcionamento do sistema de prestação de cuidados, foram avaliadas através de instrumentos de autorresposta, podendo, desta forma resultar em algum enviesamento dos resultados obtidos neste estudo por via do efeito de desejabilidade social das repostas das participantes (Ballard et al., 1988). Além disso, instrumentos de autorresposta não nos permitem realizar diagnósticos clínicos, como os de perturbações emocionais. Em estudos futuros a inclusão de medidas de avaliação diversificadas permitirá complementar a informação recolhida (como por exemplo, incluindo para além de medidas de autorrelato, entrevistas clínicas).

Estudos futuros devem tentar superar as limitações supramencionadas e ainda incluir amostras representativas de pais, no sentido de conhecermos também as experiências dos pais e da paternidade, durante o período de gravidez.

Ainda assim, o presente estudo representa um papel importante, na medida em que está em contraste com estudos anteriores que caracterizam a gravidez como um período de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa. Além disso, permitiu-nos identificar a ruminação como um possível fator de risco para o uso de estratégias disfuncionais (como a hiperativação) do sistema de prestação de cuidados, para qualquer população. Assim, consideramos que este estudo contribui para uma melhor compreensão da relação entre alguns processos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa, e o funcionamento do sistema de prestação de cuidados.

Esta investigação fornece ainda implicações clínicas e potenciais áreas de intervenção no futuro que fomos sugerindo ao longo do texto. Por exemplo, a importância de avaliar a fadiga, uma vez que a mesma pode associar-se à presença de sintomatologia clínica e conseqüentemente, atuar como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações emocionais na gravidez, e para o desenvolvimento de perturbações do humor em particular nas mulheres jovens adultas em geral. Assim, evidenciamos a importância da avaliação da fadiga não apenas no período pós-parto, mas também durante a gravidez.

Sugere-se ainda a relevância de serem desenvolvidos programas preventivos focados no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional mais adaptativas com especial enfoque nas alternativas à ruminação, na sua dimensão cismar, que mostrou ser um fator de risco para o uso de estratégias disfuncionais do sistema de prestação de cuidados. Relativamente a mulheres grávidas, torna-se ainda extremamente relevante, identificar as mais vulneráveis a utilizar a cisma como estratégia de regulação emocional, de forma a prevenir a ativação de estratégias disfuncionais de hiperativação do sistema de prestação de cuidados com o seu bebé.

Referências Bibliográficas

- Aktan, N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: a secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21(2), 183–194. <https://doi.org/10.1177/1054773811426350>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 25(3), e37–e43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>
- Alves, B.A., & Nazaré, B. (2017). Validação da Fatigue Assessment Scale para a População portuguesa. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Ammaniti, M., & Trentini, C. (2009). How new knowledge about parenting reveals the neurobiological implications of intersubjectivity: A conceptual synthesis of recent research. *Psychoanalytic Dialogues*, 19(5), 537–555. <https://doi.org/10.1080/10481880903231951>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed). <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ashrafinia, F., Mirmohammadali, M., Rajabi, H., Kazemnejad, A., Sadeghniaat Haghighi, K., & Amelvalizadeh, M. (2015). Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue. *Singapore Medical Journal*, 56(3), 169–173. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015042>

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>
- Ballard, R., Crino, M. D., & Rubinfeld, S. (1988). Social desirability response bias and the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Psychological Reports*, 63(1), 227–237. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.63.1.227>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013). Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health*, 13, 344. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-344>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003>
- Cannella, D., Lobel, M., & Monheit, A. (2010). Knowing is believing: information and attitudes towards physical activity during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(4), 236–242. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.525269>
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, (2), 39-49.

- Cheng, C. Y., Chou, Y. H., Wang, P., Tsai, J. M., & Liou, S. R. (2015). Survey of trend and factors in perinatal maternal fatigue. *Nursing and Health Sciences*. <https://doi.org/10.1111/nhs.12149>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Coo, S., García, M. I., Prieto, F., & Medina, F. (2020). The role of interpersonal emotional regulation on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–19. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1825657>
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms are not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001>
- DeJong, H., Fox, E., & Stein, A. (2016). Rumination and postnatal depression: A systematic review and a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 38–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.05.003>
- De Raedt, R., & Koster, E. H. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 50–70. <https://doi.org/10.3758/CABN.10.1.50>
- Dias, S., Pedro A.R., Abrantes, A., Gama, A., Moniz, A.M., Nunes, C., Sousa, J., Rocha, J.V., Franco, L., Salavisa, M., Soares, P., Aguiar, P., & Santana, R. (2020). Perceção individual do risco de contrair COVID-19, *Barómetro COVID-19: Opinião Social*. Escola Nacional de Saúde Pública–Universidade Nova de Lisboa.

- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão reduzida. *Psychologica*, 54, 175-202. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_54_7
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2664–2678. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.002>
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15, 206. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Fall, A., Goulet, L., & Vézina, M. (2013). Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. *SpringerPlus*, 2(1), 201. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-201>
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjetivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Quarteto. <http://hdl.handle.net/11144/580>
- Grigoriadis, S., Wilton, A. S., Kurdyak, P. A., Rhodes, A. E., VonderPorten, E. H., Levitt, A., Cheung, A., & Vigod, S. N. (2017). Perinatal suicide in Ontario, Canada: A 15-year population-based study. *CMAJ*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170088>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–290. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

- Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Jeong, H. G., Lim, J. S., Lee, M. S., Kim, S. H., Jung, I. K., & Joe, S. H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 354–358. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.02.009>
- Hawkins, J. W., Aber, C. S., Cannan, A., Coppinger, C. M., & Rafferty, K. O. (1998). Women's reported self-care behaviors during pregnancy. *Health Care for Women International*, 19(6), 529–538. <https://doi.org/10.1080/073993398246098>
- 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>
- Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 51, 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.03.007>.
- Hamilton, J. P., Farmer, M., Fogelman, P., & Gotlib, I. H. (2015). Depressive rumination, the default-mode network, and the dark matter of clinical neuroscience. *Biological Psychiatry*, 78(4), 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.02.020>
- 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: journal of the Australian College of Midwives*, S1871-5192(20)30404-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.014>

- Hawkins, J. W., Aber, C. S., Cannan, A., Coppinger, C. M., & Rafferty, K. O. (1998). Women's reported self-care behaviors during pregnancy. *Health Care for Women International, 19*(6), 529–538. <https://doi.org/10.1080/073993398246098>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Hildingsson, I., Thomas, J., Karlström, A., Olofsson, R. E., & Nystedt, A. (2010). Childbirth thoughts in mid-pregnancy: prevalence and associated factors in prospective parents. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives, 1*(2), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2009.11.003>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry, 7*(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy, 45*(2), 277–290. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.006>
- Kalmbach, D. A., Pillai, V., & Drake, C. L. (2018). Nocturnal insomnia symptoms and stress-induced cognitive intrusions in risk for depression: A 2-year prospective study. *PloS One, 13*(2), e0192088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192088>

- Kim, S. H., & Hamann, S. (2007). Neural correlates of positive and negative emotion regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *19*(5), 776–798.
<https://doi.org/10.1162/jocn.2007.19.5.776>
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*(5), 683–714.
<https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kleinman, C., & Reizer, A. (2018). Negative caregiving representations and postpartum depression: The mediating roles of parenting efficacy and relationship satisfaction. *Health Care for Women International*, *39*(1), 79–94.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1369080>
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 205–237). Jessica Kingsley Publishers.
- Lara-Carrasco, J., Simard, V., Saint-Onge, K., Lamoureux-Tremblay, V., & Nielsen, T. (2013). Maternal representations in the dreams of pregnant women: A prospective comparative study. *Frontiers in Psychology*, *4*, Article 551.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00551>
- Le Strat, Y., Dubertret, C., & Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, *135*(1-3), 128–138.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.004>
- Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Cieślak, M., & Bidzan, M. (2020). Maternal-infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a polish sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5427.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>

- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 238, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.013>
- Martini, J., Asselmann, E., Einsle, F., Strehle, J., & Wittchen, H. U. (2016). A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.007>
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53-152). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). A behavioral systems perspective on the psychodynamics of attachment and sexuality. In D. Diamond, S. J. Blatt, & J. D. Lichtenberg (Eds.), *Attachment and sexuality* (pp. 51-78). Analytic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Moreira, H., Fonseca, A., Shaver, P. R., Mikulincer, M., & Canavarro, M. C. (2018). Assessing hyperactivation and deactivation strategies of the caregiving behavioral system: Psychometric studies of the Portuguese version of the Caregiving System

Scale. *Psychological assessment*, 30(4), 512–523.
<https://doi.org/10.1037/pas0000498>

Moreira, H., Gouveia, M.J., & Canavarro, M.C. (2020). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>

Nanjundaswamy, M. H., Shiva, L., Desai, G., Ganjekar, S., Kishore, T., Ram, U., Satyanarayana, V., Thippeswamy, H., & Chandra, P. S. (2020). COVID-19-related anxiety and concerns expressed by pregnant and postpartum women-a survey among obstetricians. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 787–790. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01060-w>

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1961-1973). <http://hdl.handle.net/10316/18233>

Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal, L., Auerbach, M. V., Kocis, C., Busso, C., & Lobel, M. (2017). Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Social Science & Medicine* (1982), 190, 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.011>

Nolen-Hoeksema, N., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

- Ontiveros-Pérez, M. & López España, J. T. (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27 (2), 92-98. Retrieved from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis2010/bis102b.pdf>.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
- Preacher, K. & Hayes, A. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Reppold, C. (2005). *Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes* [PhD's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/6038>
- Rodrigues, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). Attachment representations and maternal confidence: The mediating role of postnatal depressive symptoms and negative thoughts. *Journal of Child and Family Studies*, 27(11), 3585–3597. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1182-5>
- Rodriguez, A., Bohlin, G., & Lindmark, G. (2001). Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 213–223. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080003213.x>
- Rude, S. S., Maestas, K. L., & Neff, K. (2007). Paying attention to distress: What's wrong with rumination? *Cognition and Emotion*, 21(4), 843–864. <https://doi.org/10.1080/02699930601056732>

- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotional regulation in parenthood. *Developmental Review, 36*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s40945-017-0033-9>.
- Rychnovsky J. D. (2007). Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN, 36*(1), 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00112.x>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2008). Adult attachment and cognitive and affective reactions to positive and negative events. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(2), 184–1865. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00146.x>.
- Shaver, P. R., Mikulincer, M., & Shemesh-Iron, M. (2010). A behavioral-systems perspective on prosocial behavior. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature* (pp. 73-91). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12061-004>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*, 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Stoet, G. (2010). PsyToolkit - A software package for programming psychological experiments using Linux. *Behavior Research Methods, 42*(4), 1096-1104.
- Stoet, G. (2017). PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments. *Teaching of Psychology, 44*(1), 24-31
- Sun, S., Goldberg, S. B., Lin, D., Qiao, S., & Operario, D. (2021). Psychiatric symptoms, risk, and protective factors among university students in quarantine during the COVID-19 pandemic in China. *Globalization and Health, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00663-x>

- Taylor, J., & Johnson, M. (2013). The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: From birth to 6 months. *Midwifery*, 29(5), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.011>
- Tester-Jones, M., Karl, A., Watkins, E., & O'Mahen, H. (2017). Rumination in dysphoric mothers negatively affects mother-infant interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(1), 38–45. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12633>
- Tsivos, Z.L., Calam, R., Sanders, M.R., Wittkowski, A. (2015). Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review. *In International Journal of Women's Health*, 7, 429–447. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s75311>.
- Vanderhasselt, M. A., & De Raedt, R. (2012). How ruminative thinking styles lead to dysfunctional cognitions: evidence from a mediation model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 910–914. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.001>
- Wilson, N., Wynter, K., Fisher, J., & Bei, B. (2018). Related but different: Distinguishing postpartum depression and fatigue among women seeking help for unsettled infant behaviours. *BMC Psychiatry*, 18, Article 309. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1892-7>