



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA SOFIA FERNANDES TORRES

***FENOMENOLOGIA OBSESSIVO-COMPULSIVA
NO PERÍODO PERINATAL
EM PROGENITORES DO SEXO MASCULINO***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:
INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA
DRA. DANIELA PEREIRA

ABRIL/2021

***FENOMENOLOGIA OBSESSIVO-COMPULSIVA NO PERÍODO PERINATAL EM
PROGENITORES DO SEXO MASCULINO***

Torres, Ana Sofia¹; Pereira, Ana Telma²; Pereira, Daniela^{2,3}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra;

²Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, UC

³Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria, CHUC

Contacto: atasofia4@gmail.com



Partes deste trabalho foram submetidas para apresentação na forma de poster no 21.º Congresso da Associação Mundial de Psiquiatria - "New World, New Challenges for Psychiatry & Mental Health" a decorrer de 18 a 21 de outubro de 2021, online e em Cartagena, na Colombia.

Referências:

Ana Sofia Torres, Pedro Coelho, Daniela Pereira, Carolina Cabaços, Ana Araújo, Monalisa Barros, António Macedo, Ana Telma Pereira (2021). Postpartum Obsessive Compulsive Scale – Adaptation and validation of a Portuguese version for new-fathers. Resumo submetido ao 21ST WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, CARTAGENA, COLOMBIA 18-21 OCTOBER, 2021.

Pedro Coelho, Ana Sofia Torres, Carolina Cabaços, Daniela Pereira, Monalisa Barros, António Macedo, Ana Telma Pereira, (2021). Postpartum Depression Screening Scale – Adaptation and validation of a Portuguese version for new-fathers. Resumo submetido ao 21ST WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, CARTAGENA, COLOMBIA 18-21 OCTOBER, 2021.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
Procedimento	10
Instrumentos e variáveis.....	10
Participantes.....	14
Análise estatística.....	15
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	31
AGRADECIMENTOS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS	41
ANEXO I – Tabelas	41
ANEXO II – Parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.....	46
ANEXO III - Consentimento Informado e questionários aplicados	47

ABREVIATURAS

AFC – Análise fatorial confirmatória

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

ERDP – Escala de Rastreio da Depressão Perinatal

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

HPPLV – História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida

ICI – Interferência Cognitiva e Improdutividade

IPM – Instituto de Psicologia Médica

OC – Obsessivo-compulsiva

PAO - Perfeccionismo Auto-Orientado

PDSS - *Postpartum Depression Screening Scale*

POC – Perturbação Obsessivo Compulsiva

POC-P – Perturbação Obsessivo Compulsiva no período perinatal

POCS – *Perinatal Obsessive-Compulsive Scale*

POO - Perfeccionismo Orientado para os Outros

PRN – Pensamento repetitivo negativo

PSM – Progenitores do sexo masculino

PSP - Perfeccionismo Socialmente Prescrito

QPP-15 – Questionário de Pensamento Perseverativo – 15

TCC – Teoria cognitivo-comportamental

RESUMO

Introdução: O período perinatal, é considerado um período de maior vulnerabilidade para a eclosão ou exacerbação da perturbação obsessivo-compulsiva (POC) para ambos os progenitores. Apesar da elevada prevalência de sintomas obsessivo compulsivos (OC) neste período, o conhecimento acerca da sua prevalência, gravidade, interferência e correlatos é ainda insuficiente e pouco estudado nos progenitores do sexo masculino (PSM).

Objetivo: analisar as propriedades psicométricas da POCS para PSM de bebés até aos doze meses e investigar a prevalência, gravidade, interferência e correlatos da sintomatologia OC neste mesmo grupo.

Materiais e Métodos: Participaram 203 homens (idade média dos bebés= 7.07 ± 3.40 meses) recrutados através das redes sociais e convidados a preencher um questionário de autorresposta *on-line*. Foram usadas questões/escalas validadas, para avaliar diversas variáveis, nomeadamente sociodemográficas, da história clínica, psicossociais e psicológicas (sintomatologia depressiva, personalidade e regulação emocional cognitiva). A versão portuguesa da *Perinatal Obsessive-Compulsive Scale* (POCS) foi adaptada para que o fraseamento se adaptasse ao sexo masculino. Depois de analisada psicometricamente, foi utilizada para avaliar a gravidade e interferência da sintomatologia OC.

Resultados: A análise fatorial confirmatória revelou índices de ajustamento aceitáveis para o modelo de segunda ordem, juntando as secções de gravidade das obsessões e compulsões. O valor de alfa de *Cronbach* de 0.934 para a POCS total evidenciou uniformidade e coerência nas repostas. Mais de 80% dos PSM referem ter tido pelo menos uma obsessão e metade da amostra uma compulsão, cujo início, na maioria dos casos, se verificou nos primeiros três meses após o parto. Verificou-se interferência pelo menos moderada em 10% dos homens. As variáveis que se correlacionaram significativamente com a gravidade e interferência da sintomatologia OC foram: ser pai solteiro, ter má relação com a companheira, ter menos idade, primiparidade, história de perturbação psiquiátrica, evento de stresse no último ano, perfeccionismo e pensamento repetitivo negativo.

Discussão: Este estudo contribuiu para corroborar que o período perinatal representa um desafio com necessidade de adaptação para ambos os progenitores e para compreender que os resultados de prevalência, interferência e gravidade da sintomatologia OC em PSM são sobreponíveis aos identificados para o sexo feminino. Possibilitou, também, identificar alguns correlatos da POC perinatal no PSM, cuja investigação tem sido escassa.

Palavras-chave: Perturbação obsessivo-compulsiva, progenitores do sexo masculino, período perinatal, correlatos.

ABSTRACT

Introduction: The perinatal period is considered a period of greatest vulnerability for the outbreak or exacerbation of obsessive-compulsive disorder (OCD) in both parents.

Despite the high prevalence of obsessive-compulsive (OC) symptoms in this period, the knowledge about its prevalence, severity, interference and correlates is still insufficient and little studied in fathers.

Objectives: to analyse the psychometric properties of *Perinatal Obsessive-Compulsive Scale* (POCS) for fathers of infants up to twelve months and to investigate the prevalence, severity, interference, and correlates of OC symptomatology in this population group.

Materials and Methods: 203 men participated (mean babies age=7.07±453.40 months) recruited through social networks and invited to complete an online self-answer questionnaire. Validated questions/ scales were used to assess several variables, namely sociodemographic, clinical history, psychosocial, and psychological (depressive symptoms, personality and cognitive-emotional regulation). The Portuguese version of the POCS was adapted so that the phrasing was adjustable to the male gender. After being analyzed psychometrically, it was used to assess the severity and interference of OC symptoms.

Results: Confirmatory factor analysis revealed acceptable adjustment rates for the second-order model, joining the severity sections of obsessions and compulsions. The Cronbach's alpha value of 0.934 for the total POCS showed uniformity and consistency in the responses. More than 80% of male parents had at least one obsession and half of the sample had a compulsion, whose onset, in most cases, occurred in the first three months after delivery. There was at least moderate interference in 10% of men. The variables that significantly correlated with the severity and interference of OC symptoms were: being a single father, having a bad relationship with a partner, being younger, primiparous, history of psychiatric disorder, stress event in the last year, perfectionism, and negative repetitive thinking.

Discussion: This study corroborated that the perinatal period represents a challenge for both parents and to understand that the prevalence, interference, and severity of OC symptomatology in male parents those identified in females. It also made it possible to identify some correlates of perinatal OCD in male parents, whose investigation has been scarce.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, male parents, perinatal period, correlates.

INTRODUÇÃO

A paternidade tende a ser encarada com grande orgulho e felicidade, porém, o período perinatal, que se estende desde a gravidez até aos doze meses após o parto, pode ser marcado por sofrimento. De acordo com a teoria cognitivo comportamental (TCC), o aumento súbito de responsabilidade, em combinação com a possibilidade de interpretação enviesada de pensamentos intrusivos relacionados com a segurança do bebé (1) fazem com que esta fase da vida seja de maior vulnerabilidade para perturbação psicológica em ambos os progenitores.

As perturbações psiquiátricas perinatais têm sido predominantemente investigadas no sexo feminino, mas a adaptação psicossocial que este período exige toca também o progenitor do sexo masculino (PSM). Apesar da paternidade exercer um efeito protetor na saúde dos homens a longo prazo, uma proporção significativa de PSM apresenta problemas do foro psicológico, principalmente nos primeiros meses após nascimento do bebé(2), o que representa um impacto negativo na qualidade de vida do próprio, da companheira e da criança.(3) Isto evoca a necessidade de investir na saúde mental perinatal do PSM.

A perturbação obsessivo compulsiva (POC), é caracterizada por pensamentos, imagens ou impulsos percebidos como “sem sentido” (obsessões) que desencadeiam ansiedade conduzindo a comportamentos, operações mentais ou rituais de neutralização para suprimir a angústia por eles causados (compulsões).(4)

Até 90% dos progenitores (mulheres e homens) experienciam pensamentos egodistónicos, repetitivos e intrusivos durante os primeiros meses após o nascimento dos seus filhos, que são semelhantes em conteúdo aos que caracterizam a POC-Perinatal (POC-P).(5) Mesmo a nível subclínico, as obsessões mais frequentes no pós parto são de agressividade para com o bebé, o que predispõe a reações de evitamento (quando as obsessões são sobre fazer-lhe mal deliberadamente) e/ou a rituais de verificação (quando as obsessões são sobre provocar-lhe dano acidentalmente).(1)

No estudo desenvolvido por Leckman et al. (1999) foram reportadas as percentagens mais elevadas de obsessões e compulsões em amostras não clínicas, aproximadamente de 90%; aos três meses pós-parto, a maioria das mães (>95%) e dos pais (>88%) continuava a ter pensamentos recorrentes acerca de fazer mal ao bebé(5), corroborando que, apesar dos pensamentos supra descritos ocorrerem com frequência na população em geral, o período perinatal constitui um fator precipitante capaz de desencadear ou exacerbar sintomas obsessivo compulsivos.

Por outro lado, verificou-se uma associação positiva entre POC-P e depressão no período pós-parto, possivelmente desencadeada pela angústia e ansiedade espoletada pelos pensamentos egodistônicos. Em contrapartida, há estudos que sugerem que os sintomas depressivos podem conduzir ao surgimento dos pensamentos intrusivos indesejados.(6)

A fenomenologia obsessiva compulsiva no período perinatal tem sido pouco investigada, inclusive no sexo feminino. Para esse efeito, foram recentemente validadas as versões portuguesas para a gravidez (7) e o pós-parto (8) da *Perinatal Obsessive Compulsive Scale* (POCS) (9), o que tem permitido avançar o conhecimento acerca da POC-P, nomeadamente acerca da sua prevalência, gravidade e etiologia - correlatos e fatores de risco.

Apesar da elevada prevalência da POC-P, as informações acerca dos seus fatores de risco e correlatos são, ainda, insuficientes. Pensa-se que alguns traços e estratégias de regulação emocional possam exercer um papel importante no desencadeamento da POC-P. O pensamento repetitivo negativo (PRN) caracterizado pela repetição incontrolada focada em aspetos negativos do próprio e do mundo, principalmente de conteúdo perfeccionista, pode ser relevante na compreensão dos mecanismos subjacentes à relação entre perfeccionismo e psicopatologia, nomeadamente a POC.(1)

A investigação deste tópico em progenitores do sexo masculino é ainda mais escassa. Para colmatar esta lacuna, estipulámos como objetivos do presente estudo analisar as propriedades psicométricas da POCS em PSM de bebés até aos doze meses e investigar a prevalência, gravidade, interferência e correlatos da sintomatologia obsessivo compulsiva neste mesmo grupo populacional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo observacional, transversal e correlacional foi realizado no âmbito do projeto de investigação autónomo intitulado “Perturbação psicológica perinatal no progenitor do sexo masculino” tendo obtido parecer favorável pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) (Refª CE-138/2020 - Anexo II).

Procedimento

Numa primeira fase, foi efetuada uma pesquisa de *sites* da internet e redes sociais (*Facebook* e *Instagram*) relacionadas com a maternidade e paternidade e foram contactados os seus administradores a fim de solicitar a divulgação do inquérito.

Todos os intervenientes deste estudo, progenitores do sexo masculino de bebés até aos doze meses de idade, aceitaram responder voluntariamente ao questionário de autorresposta *on-line* (*Google Forms*).

Os objetivos e procedimentos foram explicados a todos os participantes, tendo sido garantida a confidencialidade e anonimato da informação recolhida. Para além disso, todos os PSM registaram o seu consentimento informado aceitando, deste modo, participar no presente estudo.

Instrumentos e variáveis

Foram colocadas diversas questões fechadas para avaliar as características sociodemográficas, psicossociais, clínicas e psicológicas dos participantes.

1. Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, profissão, situação atual perante o trabalho, número total de filhos e data de nascimento do seu último filho. Estas variáveis foram investigadas recorrendo às seguintes questões: “Qual a sua data de nascimento?”; “Em que país nasceu?”; “Qual é o seu estado civil atual?”; “Qual é o seu grau de escolaridade?”; “Qual é a sua profissão?”; “Situação atual perante o trabalho?”; “Quantos filhos tem?”; “Quando é que nasceu o/a seu/sua bebé?”, respetivamente.

A idade foi estudada como variável contínua.

Relativamente ao estado civil, eram apresentadas cinco opções de resposta: “solteiro”; “casado/em união de facto”; “viúvo”; “divorciado/separado”; “outro, qual?”, que se optou por dicotomizar em: (1) solteiro/ sem relação estável e (2) casado ou em união de facto.

Em relação ao grau de escolaridade, as opções de resposta eram sete: “1.º ciclo”; “2.º ciclo”; “3.º ciclo”; “ensino secundário”; “licenciatura”; “mestrado”; “doutoramento”.

Quanto à situação atual perante o trabalho, foram apresentadas quatro hipóteses de resposta: “A trabalhar”; “De baixa/atestado”; “Desempregado”; “outro, qual?”.

2. Variáveis relacionadas com a história clínica

2.1. História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida

Para avaliar esta variável, começou-se pela questão: “Alguma vez teve um problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?”. Caso a resposta fosse afirmativa, o participante era solicitado a continuar a responder a questões sobre a procura de ajuda profissional, incapacidade para o trabalho, ir à escola ou cuidar de outras responsabilidades e toma de medicação (no passado e atualmente). Foi considerado que o participante tinha história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV) quando assinalava resposta afirmativa quanto à procura de ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos com necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou incapacidade.

3. Variáveis psicossociais:

3.1. Acontecimento de stresse no último ano

Esta variável foi avaliada com recurso a uma única questão de resposta dicotómica (sim/não): “No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo que lhe causou muito stresse? (Exemplos: Separação/divórcio; Violência doméstica; Falecimento de um ente querido; Doença grave; Desemprego...)”.

3.2. Relação com a companheira

Esta variável foi estudada através da questão: “Como descreve a sua relação com a sua companheira/ esposa/namorada?”, cujas opções de resposta eram: “Boa”; “Razoável”; “Má”; “Não tenho companheira/ esposa/ namorada”. As duas primeiras e as duas últimas foram agrupadas para efeitos de análise estatística.

4. Presença, gravidade e interferência da sintomatologia obsessivo-compulsiva no período perinatal

4.1. *Perinatal Obsessive Compulsive Scale*(10–12)

A *Perinatal Obsessive Compulsive Scale*, é um questionário de autorresposta desenvolvido para investigar a fenomenologia obsessivo compulsiva especificamente no período perinatal. Até à data e tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas foi aplicado em mulheres. As versões portuguesas para a gravidez e para o pós-parto apresentam boas propriedades psicométricas e operativas.

Começámos por proceder à alteração do fraseamento para possibilitar a aplicação em PSM de Portugal e do Brasil. Esta tarefa foi realizada em reuniões do grupo de Saúde Mental Perinatal do Instituto de Psicologia Médica (IPM), que inclui psicólogas (uma delas brasileira) e psiquiatras com experiência clínica e de investigação em psiquiatria perinatal.

A POCS inclui vinte e três pensamentos e onze comportamentos relacionados com o bebé e com o ambiente envolvente. A POCS contém ainda uma escala de gravidade e uma escala de interferência. A primeira é composta por dez perguntas, com pontuação de 0 a 4 pontos, semelhantes às questões da Escala Obsessivo Compulsiva de Yale-Brown(13), de forma a quantificar o tempo gasto, interferência, angústia, resistência e o controlo dos pensamentos e dos comportamentos presentes. Deste modo, a soma das escalas de gravidade dos pensamentos e comportamentos pode variar entre 0 e 40 pontos, sendo que pontuações mais elevadas refletem maior gravidade dos sintomas.

Além disso, à semelhança do que já havia sido feito nos estudos com amostras do sexo feminino, os participantes foram questionados sobre quando é que estes pensamentos e/ou comportamentos surgiram pela primeira vez e se sofreram alterações após o nascimento do bebé.

Para avaliar a interferência da sintomatologia OC (obsessivo-compulsiva) nos diversos aspetos da vida dos participantes como família, filhos mais velhos, atividades sociais, tarefas domésticas e responsabilidades profissionais, foi solicitada a resposta a sete questões, com opções de 0 a 4, desde “nunca” a “sempre”, com pontuações totais variando desde 0 até 28. Pontuações mais elevadas indicam maior gravidade e interferência dos sintomas.

5. Variáveis psicológicas – sintomatologia depressiva, personalidade (perfeccionismo) e regulação emocional cognitiva

5.1. Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (PDSS-19-PSM) (14–16)

A PDSS-19 constitui uma versão reduzida da ERDP validada para a avaliação da gravidade da sintomatologia depressiva no pós-parto em PSM.(17) Os itens descrevem o modo como o respondente pode estar a sentir-se no período após o nascimento do bebé (último mês) e aos quais reponde através de uma escala *Likert* com cinco opções de resposta, que variam desde “discordo muito” (1 ponto) a “concordo muito” (5 pontos). O fraseamento dos itens remete para conteúdos específicos do período perinatal, com maior enfoque nos aspetos cognitivo-emocionais do que somáticos. A cotação total da escala varia entre 19 e 95 pontos e quanto mais elevada a pontuação, maior é a gravidade da sintomatologia.

5.2. Escala Multidimensional de perfeccionismo de Hewitt & Flett – 13 (EMP-H&F-13) (18)

Neste estudo utilizou-se uma versão reduzida a escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt constituída por treze itens pontuados numa escala de 1 (“Discordo completamente”) a 7 (“Concordo completamente”), sendo que, pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de perfeccionismo. Esta escala *Likert*, permite medir três dimensões do perfeccionismo: o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO), o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO).

A principal diferença entre estas três dimensões do perfeccionismo relaciona-se não as atitudes e comportamentos em si, mas com o objeto a quem o comportamento perfeccionista é dirigido.(19) O PAO inclui a autoimposição de padrões de desempenho excessivamente elevados. O PSP consiste em acreditar que a sociedade tem expectativas e padrões impostos, dirigidos ao próprio, que não são passíveis de serem executados, considerando-os demasiado exigentes para si. O POO constitui uma dimensão do perfeccionismo dirigido para os outros que visa estabelecer padrões extremamente elevados quanto às capacidades de outras pessoas.(20)

5.3. Questionário de Pensamento Perseverativo – 15 (QPP-15) (21,22)

Este questionário, constituído por quinze itens, permite uma avaliação bidimensional do PRN, através de duas componentes: pensamento repetitivo (cujas principais características são o carácter repetitivo, intrusivo e a incapacidade do indivíduo se desligar do pensamento) e a interferência cognitiva e improdutividade, relacionadas com os efeitos disfuncionais provocados por estes pensamentos.(23)

É solicitada a avaliação de cada um dos itens desta escala *Likert*, desde “0” (nunca) a “4” (Quase sempre). A pontuação total da escala varia entre 0 e 60 pontos, sendo que cotações mais elevadas sugerem níveis mais elevados de PRN, ou seja, com consequentes efeitos deletérios.

Participantes

Participaram 203 homens, com idade média de 34.30 anos (± 5.25 ; variação: 21-52). Maioritariamente, eram de nacionalidade portuguesa (75.9%), mas da amostra também fizeram parte 49 brasileiros (24.1%). A maioria dos PSM estavam casados ou em união de facto (78.8%), tinham pelo menos o ensino secundário (32.0%) ou mais escolaridade (56.2%), encontravam-se empregados (90.6%) e eram pais de um primeiro (62.6%) ou segundo filho (29.1%). A idade média do último filho aquando da resposta submetida pelo progenitor era de 7.07 meses (± 3.40 ; variação 0-18). Apenas três participantes haviam sido pais há mais de 12 meses.

Destes, 55 (27.1%) referiram história de perturbação psiquiátrica no passado, isto é, já haviam recorrido a ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos, com necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou incapacidade para trabalhar, ir à escola ou cuidar de outras responsabilidades. Segundo as respostas (“abertas”) dos PSM, o problema psicológico ou psiquiátrico mais preponderante foi a ansiedade (16.9%), seguida da depressão (9.0%).

No momento de resposta ao inquérito, 10 participantes (4.9%) referiram estar a tomar medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos, verificando-se que a classe farmacológica mais referida (80%) foi antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina.

Sessenta e três dos participantes (31.0%) referiram ter sofrido um acontecimento de vida negativo causador de muito stresse nos 12 meses prévios ao preenchimento do inquérito.

Cento e cinquenta e oito participantes (77.8%) assinalaram ter uma boa relação com a companheira/esposa/namorada, sendo que 21 dos participantes (10.3%) referiram ter relação razoável e para 24 (11.8%) a relação foi classificada como má.

Em todas estas variáveis sociodemográficas e clínicas não se verificaram diferenças significativas nas suas proporções (testes Qui-Quadrado) e médias (Teste *t de Student*) entre participantes Portugueses e Brasileiros.

Análise estatística

O tratamento estatístico foi realizado com o programa *IBM SPSS Statistics*, versão 26 para *Windows*.(24) Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas de descritivas (nomeadamente para a caracterização sociodemográfica), medidas de tendência central e de dispersão. Para a comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas, entre participantes de Portugal e do Brasil, utilizámos os testes Qui-Quadrado e *t de Student*.

O tamanho da amostra/dos grupos permitiu o uso de testes paramétricos.(25) Assim, para comparação das pontuações médias por (dois) grupos independentes, foi utilizado o teste *t de Student*.

Usou-se o *software AMOS 26.0* (26), para a análise fatorial confirmatória (AFC). O ajustamento dos modelos foi feito a partir dos índices de modificação superiores a 0.40, $p < .001$, produzidos pelo *AMOS*. Para avaliar o ajustamento do modelo foram usados os seguintes índices de ajustamento: X^2/gf , *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA).(27)

A consistência interna foi analisada através dos coeficientes *alpha* de *Cronbach*. De forma a determinar a contribuição particular de cada item para a consistência interna da dimensão, determinaram-se os coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo os respetivos itens, para depois os comparar com o alfa global da dimensão. Para averiguar o poder discriminativo ou validade interna de cada item, os coeficientes de correlação foram analisados entre cada item e o total (excluindo o item).

Na avaliação da validade convergente-divergente, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* para as correlações entre os fatores e outras variáveis avaliadas. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de *Pearson*, seguimos o critério de *Cohen* (28): até 0.20, baixa, aproximadamente 0.30, moderada, e superior ou igual a 0.50, elevada. Para analisar se as variáveis significativamente correlacionadas explicavam percentagens significativas da variância das pontuações na POCS recorreu-se à análise de regressão linear.

RESULTADOS

Estudo I: Estudo psicométrico da Perinatal Obsessive-Compulsive Scale no PSM (POCS-PSM)

1. Validade de construto – Análise fatorial confirmatória

De forma a testar a estrutura fatorial da POCS para PSM foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC), partindo do modelo obtido com amostras de mulheres na gravidez (29) e no pós-parto (30), constituído por três fatores.

Este apresentou índices de ajustamento aceitáveis, e todos os itens apresentaram cargas fatoriais superiores a 0.40 no seu fator (Anexo I: Fig. 1; Tabela 1).

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado cinco pares de erros com $IM > 11.000$, tal como sugerido por Marôco (2014)(27). Estes correspondiam a itens das mesmas dimensões: par C1 (“a relação com a sua família”) e C2 (“a relação com a sua companheira/esposa”); par C6 (“as suas responsabilidades/tarefas em casa”) e C7 (“as responsabilidades/tarefas no trabalho”); par B2 (“forte impulso para fazer contagens ou somas”) e B5 (“verificar repetidamente que não cometeu nenhum erro”); par B3 (“verificar repetidamente as portas, fechaduras, fogão, etc”) e B4 (“repetidamente alinhar e/ou ordenar as coisas”); par B5 (“verificar repetidamente que não cometeu nenhum erro”) e B6 (“procurar excessivamente informação (na internet, consultas médicas, livros) acerca de bebés”).

Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Anexo I: Tabela 1). Por último, também o modelo de segunda ordem, no qual as dimensões de gravidade dos pensamentos/obsessões e de gravidade dos comportamentos/compulsões foram agregadas num fator de gravidade total, mostrou índices de ajustamento muito favoráveis (Anexo I: Tabela 1).

2. Fidelidade

Consistência interna da POCS-PSM

A Tabela 1 apresenta o alfa de *Cronbach* de cada item se o item for excluído e a correlação item-total corrigido e item-dimensão corrigida.

Todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de 0.40 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão

diminuisse. A única exceção foi o item C3, pois 63.8% dos participantes responderam “não se aplica”, pois não tinham filhos mais velhos.

A POCS total apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.934. Na tabela podemos também observar os alfas de *Cronbach* das dimensões, que foram todos > .800.

Tabela 1: Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido e item dimensão corrigida (N=203).

	Correlação item –total corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item	Correlação item – dimensão corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item da dimensão
A. GRAVIDADE DAS OBSESSÕES, $\alpha=.835$				
1. Tempo despendido	.702	.945	.834	.917
2. Interferência na vida e atividades diárias	.761	.944	.873	.909
3. Grau de perturbação	.689	.945	.798	.924
4. Resistência	.798	.944	.877	.910
5. Controlo	.687	.945	.751	.933
B. GRAVIDADE DAS COMPULSÕES, $\alpha=.844$				
1. Tempo despendido	.735	.944	.928	.970
2. Interferência na vida e atividades diárias	.792	.943	.960	.964
3. Grau de perturbação	.766	.944	.924	.970
4. Resistência	.748	.944	.918	.971
5. Controlo	.762	.944	.916	.971
C. INTERFERÊNCIA DAS OBSESSÕES E/OU COMPULSÕES, $\alpha=.807$				
1. Relação com a família	.810	.943	.845	.865
2. Relação com a companheira/esposa	.804	.943	.816	.863
3. Relação com os filhos mais velhos	.439	.963	.456	.954
4. Relação com o bebé	.776	.944	.789	.869
5. Atividades sociais	.797	.943	.821	.861
6. Responsabilidades/ tarefas em casa	.838	.942	.854	.858
7. Responsabilidades/ tarefas no trabalho	.806	.943	.805	.863

3. Estudo descritivo da POCS-PSM

3.1. Frequência de respostas sintomáticas

3.1.1. Obsessões

Cento e sessenta e sete participantes (82.3%) referiram pelo menos uma obsessão. Na tabela 2 apresenta-se a frequência de cada uma das obsessões.

Observa-se que as obsessões mais relatadas pelos participantes estão relacionadas com pensamentos de contaminação (p. ex. por germes, SARS-CoV-2) (63.1%), medo de deixar cair o bebé (61.6%) e de o bebé morrer durante o sono (57.6%) (Tabela 2).

Dos participantes, 5.4% referiram ter outros pensamentos egodistónicos, para além dos mencionados na tabela 2, sendo os mais prevalentes relacionados com morte súbita, fazer mal ao bebé e com o bebé estar em sofrimento.

Tabela 2: Frequência de obsessões desde o parto.

... pensamentos/imagens repetitivos acerca de:	SIM		
	n	n=203	n=167
		(%)	(%)
a. Ser criticado ou julgado como pai?	63	31.0	37.7
b. A sua alimentação ou a do bebé (p. ex. preparação da comida, vitaminas etc.)?	93	45.8	55.7
c. O bebé ser contaminado (p. ex. por germes, SARS-CoV-2/COVID-19)?	128	63.1	76.6
d. Alguém levar o bebé?	85	41.9	50.9
e. Deixar cair o seu bebé?	125	61.6	74.9
f. O bebé morrer durante o sono?	117	57.6	70.1
g. O bebé ferir-se ou morrer num acidente?	106	52.2	63.5
h. O bebé sofrer um traumatismo craniano?	88	43.3	52.7
i. Alguém ter contacto sexual inapropriado com o bebé?	60	29.6	35.9

... pensamentos/imagens que entraram repetidamente na mente:	SIM		
a. Abanar o bebé?	41	20.2	24.6
b. Gritar com o bebé?	52	25.6	31.1
c. Magoar o bebé durante o banho?	59	29.1	35.3
d. Queimar o bebé?	44	21.7	26.3
e. Magoar o bebé enquanto ele está a dormir?	43	21.2	25.7
f. O bebé a sangrar?	50	24.6	29.9
g. Atirar o bebé?	25	12.3	15.0
h. Magoar o bebé acidentalmente com uma faca/ objeto afiado?	32	15.8	19.2
i. Esfaquear o bebé com uma faca/ objeto afiado?	10	4.9	6.0
j. Sufocar o bebé?	21	10.3	12.6
k. Apertar o bebé?	30	14.8	18.0
l. Ter contacto sexual inapropriado com o bebé?	13	6.4	7.8
m. O seu bebé estar possuído por um espírito (p. ex. por uma força negativa)?	19	9.4	11.4
n. Outros pensamentos?	11	5.4	6.6

a. Gravidade das obsessões

Os participantes com pelo menos uma obsessão ($n=167/203=82.3\%$), responderam à subescala de gravidade, cujos resultados se apresentam no Anexo I: tabela 3. Para efeitos de descrição mais completa apresentamos também as percentagens absolutas, ou seja, considerando a amostra total ($n=203$).

Dos 167 participantes que assumiram ter pelo menos uma obsessão, 13.2% afirmaram ser incomodados por estes pensamentos por um período de tempo igual ou superior a 1 a 3h. Quanto à interferência, grau de perturbação, resistência e dificuldade de controlo manifestaram-se pelo menos moderadas em 17.4%, 19.2%, 13.8% e 23.4% dos indivíduos, respetivamente.

Considerando o total da amostra, as obsessões ocupam tempo moderado para 10.9%, sendo a sua interferência, grau de perturbação, resistência e dificuldade de controlo pelo menos moderadas para 14.3%,15.7%, 11.4% e 19.2%, respectivamente.

b. Início e curso das obsessões

A maioria dos PSM (26.3%; n=44) data o início das obsessões nos primeiros três meses após o parto e 12.6% (n=21) na altura do nascimento deste bebé. Cerca de 12.0% (n=20) dos participantes refere, ainda, o surgimento inaugural destes pensamentos e imagens durante o primeiro ano de vida de um filho prévio (Tabela 3).

Tabela 3: Início das obsessões.

INÍCIO	n=167
1. No planeamento da gravidez	7.8%
2. Durante a gestação de um filho anterior	9.0%
3. Durante o ano após o nascimento de um filho anterior	12.0%
4. Quando descobriu que ia ser pai deste bebé	9.6%
5. Durante a gestação deste bebé	9.6%
6. Na altura do nascimento deste bebé	12.6%
7. 0-3 meses após o nascimento deste bebé	26.3%
8. 3-6 meses após o nascimento deste bebé	9.0%
9. Houve um desencadeador específico*	22.8%

*Além do período de início assinalado.

Trinta e oito (18.72%) participantes referiram que o início ocorreu na sequência de um desencadeante específico, sendo que alguns destes assinalaram também um dos períodos referidos. Os desencadeantes mais comumente referidos, por 60.5% (n=23) dos PSM, foram ver e/ou ler notícias através dos meios de comunicação social e redes sociais relacionadas com acidentes com outros bebés, sobre raptos, morte súbita e morte durante o sono.

Dos 167 homens que referiram ter pelo menos uma obsessão, 19.8% (n=33) afirmaram que já tinham preocupações excessivas ou pensamentos/imagens desagradáveis antes do nascimento deste bebê. Destes 33 participantes, a maioria refere início dos sintomas quando descobriram que iam ser pais ou durante a gestação de um filho prévio (36.4%). Note-se que a pandemia de COVID-19 também assumiu um papel no espoletar destes sintomas. Destes PSM, 6.1% assume início dos sintomas aquando da instalação da pandemia e das medidas de higiene e distanciamento social. Para a maioria dos PSM (60.6%; n=20) estes pensamentos permanecem, embora sintam uma tendência decrescente na frequência e no consumo de tempo diário.

Desde o nascimento deste bebê, 24.2% (n=8) dos homens referem que os seus pensamentos agravaram quanto à interferência e gravidade e 18.2% (n=6) quanto à frequência. Por contraste, 60.6% (n=20) assume que não mudaram ou ficaram menos graves (33.3% e 27.3%, respetivamente) e 63.6% (n=21) refere que ficaram menos frequentes ou não alteraram a frequência (33.3% e 30.3%, respetivamente). Cinco omissões de resposta (15.2%) acerca das alterações na interferência e gravidade e seis (18.2%) acerca de alterações na frequência dos pensamentos após o bebê nascer foram registadas.

3.1.2. Compulsões

Cento e dezasseis participantes (57.1%) referiram pelo menos uma compulsão. Na tabela 4 apresenta-se a frequência de cada uma das compulsões, considerando também a amostra total.

Tabela 4: Frequência de compulsões desde o parto.

...comportamentos:	SIM		
	n	n=203 (%)	n=116 (%)
a. Lavar ou limpar repetidamente as mãos;	77	37.9	66.4
b. Forte impulso para fazer contagens ou somas;	18	8.9	15.5
c. Verificar repetidamente as portas, fechaduras, fogão, etc.;	37	18.2	31.9
d. Repetidamente alinhar e/ou ordenar as coisas;	23	11.3	19.8
e. Verificar repetidamente que não cometeu nenhum erro (p. ex. verificar se o bebé já bebeu o suficiente);	56	27.6	48.3
f. Procurar excessivamente informação (na internet, consultas médicas, livros) acerca de bebés;	49	24.1	42.2
g. Procurar repetidamente tranquilização; (p. ex. perguntar aos outros se acham que está a fazer as coisas bem);	35	17.2	30.2
h. Lavar e limpar repetidamente o ambiente do bebé;	40	19.7	34.5
i. Dar demasiados banhos ao bebé (p. ex. mais do que uma vez por dia);	6	3.0	5.2
j. Verificar o bebé repetidamente enquanto ele está a dormir;	73	36.0	62.9
k. Realizar um conjunto de comportamentos para prevenir que algo de mal aconteça ou para reduzir a sua ansiedade? (rotinas, rituais mentais, rituais supersticiosos, etc.);	29	14.3	25.0
l. Outros comportamentos;	2	1.0	1.7

Verifica-se que os comportamentos mais referidos pelos participantes no presente estudo estão relacionados com limpeza e lavagem repetida das mãos (37.9%), verificação repetida

do/a bebé enquanto dorme (36.0%) e com verificar repetidamente se não cometeu nenhum erro (27.6%).

Dois respondentes referiram ter outras compulsões, para além dos mencionados na tabela 4, designadamente relacionadas com desenhos mentais e planos a aplicar caso o bebé se encontre em risco e comportamentos excessivos em relação à prevenção da infeção pela COVID-19.

a. Gravidade das compulsões

Só os homens que responderam “SIM” a alguma das questões referidas na tabela 4 preencheram as subescalas de gravidade e interferência (n=116/203=57.1%).

Dos 116 PSM que assumiram ter pelo menos um dos comportamentos mencionados na tabela 4, 16.4% afirmaram ser incomodados pelos mesmos por um período de tempo igual ou superior a 1 a 3h. Relativamente à interferência, grau de perturbação, resistência e dificuldade de controlo manifestaram-se pelo menos moderadas em 15.5%, 14.7%, 17.2% e 19.8% dos indivíduos, respetivamente (Anexo I: tabela 4).

Tendo em consideração a amostra total, as compulsões ocupam tempo moderado para 9.4%, sendo a sua interferência, grau de perturbação, resistência e dificuldade de controlo pelo menos moderadas para 8.9%,8.4%, 9.9% e 11.4%, respetivamente (Anexo I: tabela 4).

b. Início e curso das compulsões

A maioria dos PSM (24.1%; n=28) data o início das compulsões nos primeiros três meses após o nascimento deste bebé, 18.1% (n=21) durante o planeamento desta gravidez e 17.2% (n=20) na altura do nascimento deste filho (Tabela 5).

Tabela 5: Início das compulsões.

INÍCIO	n=116
1. No planeamento da gravidez	18,1%
2. Durante a gestação de um filho anterior	6,0%
3. Durante o ano após o nascimento de um filho anterior	12,1%
4. Quando descobriu que ia ser pai deste bebé	6,0%
5. Durante a gestação deste bebé	11,2%
6. Na altura do nascimento deste bebé	17,2%
7. 0-3 meses após o nascimento deste bebé	24,1%
8. 3-6 meses após o nascimento deste bebé	4,3%
9. Houve um desencadeador específico*	19,0%

*Além do período de início assinalado.

Vinte e dois (10.8%) participantes afirmaram que o aparecimento inaugural destes comportamentos ocorreu na sequência de um desencadeante específico, sendo que alguns destes assinalaram também um dos períodos referidos. A pandemia pela COVID-19 constituiu o desencadeante específico mais mencionado (40.9%; n=9), no entanto, uma percentagem significativa (36.4%; n=8) afirma que ver e/ou ouvir notícias através dos meios de comunicação social e redes sociais relacionadas com acidentes e mortes com outros bebés também se mostrou importante para o despoletar destes sintomas.

Dos 116 homens que referiram ter pelo menos uma compulsão, 17.2% (n=20) afirmaram que já tiveram comportamentos semelhantes antes do nascimento deste bebé. Destes 20 PSM, a maioria (25%; n=5) refere início dos sintomas desde a adolescência e início da vida adulta. Há, ainda, participantes (20%; n=4) que referiram experienciar estes comportamentos desde que foram pais de um filho anterior. Nove homens (45%) não conseguiram identificar a data de início destes comportamentos. Para a maioria (70%; n=14) destes participantes estes comportamentos mantêm-se. Registaram-se 3 (15%) abstenções a esta questão.

Desde o nascimento deste bebé, 20.0% (n=4) dos homens refere que os seus pensamentos agravaram quanto à interferência e gravidade e 30.0% (n=6) quanto à

frequência. Por oposição, 65.0% (n=13) assume que não mudaram ou ficaram menos graves (45.0% e 20.0%, respectivamente) e 55.0% refere que ficaram menos frequentes ou não alteraram a frequência (15.0% e 45.0%, respectivamente). Três participantes com compulsões não responderam (15.0%).

Considerando os indivíduos que afirmaram ter tido pelo menos uma obsessão e/ou uma compulsão (n=177), 13.0% refere algumas vezes interferência desta sintomatologia na relação com a família e 4.5% assinala muitas vezes interferência. Percentagens semelhantes ao que se verifica na interferência dos pensamentos e comportamentos indesejados na relação com a companheira/ esposa (15.8% refere algumas vezes interferência e 7.9% afirma sentir muitas vezes interferência ou sempre) e, quando aplicável, na relação com filhos mais velhos, 7.3% assinala algumas vezes interferência e 2.3% afirma sentir muitas vezes. Quanto à relação com o bebé registou-se algumas ou muitas vezes interferência para 15.3% e 2.3%, respectivamente, assim como as suas atividades sociais (11.3% refere algumas vezes e 10.7% afirma sentir muitas vezes interferência ou sempre), responsabilidades e tarefas em casa (14.1% refere algumas e 10.8% afirma muitas vezes ou constante interferência) e responsabilidades e tarefas no trabalho (13.0% refere algumas e 9.6% afirma muitas vezes ou permanente interferência) (Anexo I: Tabela 5).

4. Estudo correlacional - Análise de potenciais correlatos

Nesta secção consideramos como variáveis dependentes (VDs) a POCS_Total, a Gravidade_POCS e a Interferência_POCS.

a. Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas que se correlacionaram significativamente com a gravidade e a interferência foram a idade do PSM e o número de filhos. Verifica-se, ainda, correlação significativa entre o estado civil e a interferência (Tabela 6).

Tabela 6: Coeficientes de correlação entre as variáveis sociodemográficas e as pontuações na POCS (gravidade e interferência).

	POCS Total	Gravidade_POCS	Interferência_POCS
Idade bebé (semanas) ^δ	NS	NS	NS
Idade PSM ^δ	-0.198**	-0,168*	-0.204**
Estado civil ^θ	NS	NS	-0.167*
Escolaridade ^θ	NS	NS	NS
Número de filhos ^θ	-0.183**	NS	-0.292**

*p<.05; **p<.001; ^δ Coeficiente de correlação de *Pearson*; ^θCoeficiente de correlação de *Spearman*; NS: não significativo

4.1.1. O teste *t de Student* para a comparação de pontuações médias da Gravidade_POCS e Interferência_POCS em função da paridade (primeiro filho vs. segundo ou terceiro filho) revelou diferenças significativas. Os homens primíparos, em relação aos múltiparos apresentaram pontuações significativamente superiores de POCS_Total (27.87±15.36 vs. 23.28±14.92; t=2.08, p=0.039) e de Interferência_POCS (15.25±7.71 vs. 10.87±7.15; t=4.03, p<.001).

Através da regressão linear simples analisámos se a idade e o número de filhos do PSM eram preditores da POCS_Total, gravidade e da interferência (Tabela 7), o que se verificou para a idade, que explica significativamente a variância das três medidas e também para a paridade, sendo que esta apenas explica a interferência.

Tabela 7: Estatísticas dos modelos de regressão linear das variáveis sociodemográficas e nas pontuações na POCS (gravidade e interferência).

		Variáveis dependentes		
		POCS Total	Gravidade	Interferência
Variável independente	Idade	R ² _(Ajustado) =3.4%; Z=8194; p<.001 β=-.19	R ² _(Ajustado) =3.4% Z= 13.38; p<.001 β=-.18	R ² _(Ajustado) =55% Z=12.07, p<.001 β=-.750
	Paridade	NS	NS	R ² _(Ajustado) =3.7% Z=8.717; p=.003 β=-.302

b. Variáveis psicossociais e clínica

Todas as variáveis psicossociais e clínica evidenciaram correlação significativa (moderada) com o Total da POCS, bem como com a gravidade e a interferência, com exceção da relação com a companheira que apenas apresentou correlação significativa com a interferência (Tabela 8).

Tabela 8: Coeficientes de correlação entre as variáveis psicossociais e clínica e as pontuações na POCS (gravidade e interferência).

	POCS Total	Gravidade	Interferência
História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida ^θ	0.306**	0.250**	0.313**
Evento de stresse no último ano ^θ	0.311**	0.301**	0.265**
Relação com a companheira ^θ	NS	NS	0.228**

*p<.05; **p<.001; ^θCoeficiente de correlação de *Speaman*; NS, não significativo

A comparação de médias (Teste *t de Student*) quanto à história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida revelou pontuações significativamente mais elevadas nos PSM com essa variável clínica (Tabela 9).

Tabela 9: Comparação de pontuações médias nas pontuações na POCS (gravidade e interferência) por grupos de variáveis relacionadas com a história clínica.

	História de depressão ao longo da vida	
	Sim n=27 (13.30%) M (DP)	Não n=176 (86.70%) M (DP)
POCS_Total	39.19 (17.11)	24.15 (14.04)
	t=-5.03; p<.001	
Gravidade_POCS	18.67 (9.82)	11.60 (8.02)
	t=-4.31; p<.001	
Interferência_POCS	20.52 (8.34)	12.55 (7.15)
	t=-5.27; p<.001	

M, média; DP, desvio-padrão;

Através da regressão linear verificámos que estas variáveis clínicas foram preditores significativos da pontuação total na POCS e das pontuações dimensionais de gravidade e interferência (Tabela 10).

Tabela 10: Estatísticas dos modelos de regressão linear das variáveis da HPPLV e nas pontuações total e dimensionais na POCS.

	Variáveis dependentes		
	POCS	Gravidade	Interferência
HPPLV	R ² _(Ajustado) =10.7% Z= 25.25; p <.001 β=.334	R ² _(Ajustado) =7.4% Z= 17.85; p <.001 β=.280	R ² _(Ajustado) =11.7% Z=27.77; p<.001 β=.348

c. Variáveis psicológicas (personalidade, regulação emocional cognitiva e sintomatologia depressiva)

Tabela 11: Coeficientes de correlação entre as variáveis psicológicas (personalidade, regulação emocional cognitiva e sintomatologia depressiva) e as pontuações na POCS (gravidade e interferência).

	POCS Total	Gravidade_POCS	Interferência_POCS
ERDP19^δ	0,611**	0,588**	0,553**
EMP13 Total^δ	0,204**	0,195**	0,186**
PAO ^δ	NS	NS	NS
PSP ^δ	0,359**	0,305**	0,369**
POO ^δ	NS	NS	NS
QPP_TOTAL^δ	0,596**	0,599**	0,511**
PR ^δ	0,564**	0,569**	0,481**
ICI ^δ	0,591**	0,592**	0,508**

*p<.05; **p<.001; ^δ Coeficiente de correlação de *Pearson*; NS, não significativo

Através da regressão linear verificámos que estas variáveis foram preditores significativos das pontuações na POCS total e dimensionais (Tabela 12).

Tabela 12: Estatísticas dos modelos de regressão linear das variáveis relacionadas com sintomatologia depressiva, perfeccionismo e a PRN (POCS_Total, gravidade e interferência).

		Variáveis dependentes		
		POCS	Gravidade	Interferência
Variáveis independentes	ERDP19	$R^2_{(Ajustado)}= 37.0\%$ Z=119.870, p<.001 $\beta=.611$	$R^2_{(Ajustado)}= 34.3\%$ Z=114.23, p<.001 $\beta=.588$	$R^2_{(Ajustado)}= 30.2\%$ Z=88.47, p<.001 $\beta=.553$
	EMP Total	$R^2_{(Ajustado)}= 3.7\%$ Z=8.71, p=.003 $\beta=.204$	$R^2_{(Ajustado)}= 3.3\%$ Z=7.23, p=.004 $\beta=.195$	$R^2_{(Ajustado)}= 3.7\%$ Z=14.42, p<.001 $\beta=.200$
	PSP	$R^2_{(Ajustado)}= 13.4\%$ Z=29.71, p<.001 $\beta=.359$	$R^2_{(Ajustado)}= 8.9\%$ Z=20.23, p<.001 $\beta=.305$	$R^2_{(Ajustado)}= 13.2\%$ Z=31.64; p<.001 $\beta=.369$
	QPP Total	$R^2_{(Ajustado)}= 35.2\%$ Z=110.68, p<.001 $\beta=.596$	$R^2_{(Ajustado)}= 35.6\%$ Z=126.64; p <.001 $\beta=.599$	$R^2_{(Ajustado)}= 25.7\%$ Z=70.90, p<.001 $\beta=.511$
	PR	$R^2_{(Ajustado)}= 31.5\%$ Z=93.27, p<.001 $\beta=.564$	$R^2_{(Ajustado)}= 32.1\%$ Z=96.38; p <.001 $\beta=.596$	$R^2_{(Ajustado)}= 22.8\%$ Z=60.64, p<.001 $\beta=.481$
	ICI	$R^2_{(Ajustado)}= 34.6\%$ Z=107.66, p<.001 $\beta=.591$	$R^2_{(Ajustado)}= 18.2\%$ Z=108.5; p <.001 $\beta=.592$	$R^2_{(Ajustado)}= 25.5\%$ Z=69.97, p<.001 $\beta=.508$

EMP, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; PAO, Perfeccionismo Auto-Orientado; PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito; QPP, Questionário do Pensamento Perseverativo; PR, Pensamento Repetitivo; ICI, Interferência cognitiva e improdutividade

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo observacional, transversal e correlacional foi realizado no âmbito do projeto de investigação autónomo intitulado “Perturbação psicológica perinatal no progenitor do sexo masculino” conduzido pelo Instituto de Psicologia Médica (IPM) da FMUC.

Apesar da fenomenologia OC no período perinatal apresentar elevada prevalência esta tem sido pouco investigada e as informações acerca dos seus fatores de risco e correlatos são, ainda, insuficientes. Assim se justifica a relevância e inovação desta investigação. Começámos por analisar as propriedades psicométricas da POCS numa amostra de PSM de bebés até aos doze meses e, tendo esta sido comprovada, passámos a investigar a prevalência, gravidade, interferência e correlatos da sintomatologia OC nesta mesma amostra.

Através da alteração do fraseamento da POCS, um questionário de autorresposta desenvolvido para investigar a fenomenologia OC especificamente no período perinatal, foi possível a sua aplicação em PSM. O principal intuito era ter um instrumento válido e confiável que permitisse a avaliação da presença e gravidade da fenomenologia OC perinatal possibilitando, assim, uma melhor deteção e compreensão nesta amostra.(7)

A AFC confirmou a adequação do modelo de medição. Os índices de ajustamento mostraram-se aceitáveis para o modelo de segunda ordem, juntando as secções de Gravidade A (Obsessões) e B (Compulsões) (10 itens), mostrando que essas escalas podem ser utilizadas com pontuações independentes para fins de investigação. Podem, também ser agrupadas para avaliar a gravidade total, o que pode ser muito útil para fins clínicos.(9) Para além disso, o modelo confirma que a interferência (das obsessões e/ou compulsões) pode ser usada como uma medida geral de impacto do POC-P nas diversas relações e atividades do quotidiano.

A validade de construto da POCS foi também verificada pela elevada correlação entre fatores de primeira e segunda ordem. Relativamente à análise da consistência interna, verificou-se o valor de alfa de *Cronbach* de 0.934 para a POCS total, considerado “muito bom”, evidenciando uniformidade e coerência entre as respostas dos participantes a cada um dos itens.(31)

Os resultados referentes à validade convergente e divergente foram os esperados. Verificou-se adequada validade convergente-divergente com construtos potencialmente relacionados (sintomatologia depressiva, perfeccionismo e PRN) com as dimensões da POCS. Está bem estabelecida a relação entre o período perinatal e a possibilidade de agravamento

de problemas psicológicos ou psiquiátricos.(32) Em estudos desenvolvidos no sexo feminino, verificou-se que sintomas OC, principalmente as obsessões relacionadas com a segurança do bebé, estão intimamente ligados a depressão perinatal.(4) Para além disso, o perfeccionismo apresenta um papel importante no aumento de cognições disfuncionais relacionadas com o pensamento repetitivo negativo (PRN) e o período perinatal.(33)

De acordo com a TCC, o período perinatal constitui uma fase de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de obsessões e compulsões, em ambos os progenitores, devido ao acréscimo súbito de responsabilidades conferido pelo nascimento do bebé. (34) Cerca de 83% da nossa amostra assinalou pelo menos um pensamento repetitivo, egodistónico. Estas obsessões relacionavam-se principalmente com pensamentos de contaminação, medo de magoar o bebé e de morte do bebé durante o sono. Estes resultados mostram-se sobreponíveis e, em alguns casos superiores, ao relatados em estudos prévios desenvolvidos apenas em mulheres ou em ambos os progenitores.(6,35–37) Também num estudo desenvolvido por Abramowitz et al. foi elevada a prevalência das obsessões em ambos os sexos, demonstrando que não existem diferenças significativas entre os progenitores. (38)

A prevalência de comportamentos repetitivos e de neutralização é muito elevada, atingindo cerca de metade da amostra (57%). Verificou-se maior prevalência de comportamentos de limpeza e lavagem das mãos e de verificação, o que vai de encontro aos achados descritos na literatura para o sexo feminino ou ambos (36,37,39).

Para a maioria dos PSM com pelo menos uma obsessão e/ou compulsão esta sintomatologia teve início nos primeiros três meses após o nascimento do bebé (26.3% e 24.1%, respetivamente). Verifica-se que o período que inclui o momento em que descobriu que ia ser pai e a gestação também se mostrou particularmente importante no desencadeamento destes sintomas. Como principal fator precipitante da sintomatologia OC, os participantes referem ver e/ou ler notícias através dos meios de comunicação social, sobre bebés; no entanto, perante a realidade pandémica atual, a COVID-19 também é francamente referida pelos PSM como principal desencadeante das compulsões. Esta evidência já foi apresentada, está relatada, e poderá estar relacionada com o facto da pandemia intensificar o medo de contaminação e rituais de limpeza e lavagem excessiva (40) (que, de resto, são os sintomas mais descritos pelos PSM). Estes resultados são corroborados pela literatura nacional e internacional. Num estudo acerca de depressão e ansiedade em ambos os progenitores, observou-se que aos três meses após o parto os homens apresentavam níveis mais elevados de ansiedade do que as suas companheiras(41,42). Numa investigação prévia, desenvolvida pelo IPM, verificou-se que, numa amostra apenas composta por mulheres, a

maioria referia início da sintomatologia OC nos primeiros três meses após o parto, sobrepondo-se, desta forma, aos resultados encontrados para os PSM (37).

A gravidade e interferência global dos sintomas mostram-se clinicamente relevantes para cerca de 26% dos PSM. Quando estão presentes compulsões é referido maior consumo de tempo e maior resistência. Em contrapartida, as obsessões geram mais interferência, stresse e dificuldade de controlo. Estas proporções, assim como as pontuações médias nas subescalas da POCS, assemelham-se às que os autores do instrumento identificaram para o seu grupo de controlo (composto por mulheres da população geral).(9,37)

Com o presente estudo identificámos muitas variáveis que constituem correlatos da POC-P, isto é, uma variável positiva ou negativamente associada a um *outcome*,(43) neste caso à POC-P. Assim sendo, verificou-se que ser pai solteiro, ter má relação com a companheira, ter menos idade, primiparidade (ou seja, este ser o primeiro bebé), HPPLV e evento stressante no último ano mostraram importante correlação com gravidade, interferência e POCS total (com exceção do estado civil em que nos solteiros ou com má relação conjugal apenas se verificou uma correlação positiva com a interferência da sintomatologia). Estes correlatos assemelham-se aos identificados para a POC-P no sexo feminino (44) ou ambos (3). O perfeccionismo (com especial destaque para o PSP) e o PRN mostraram correlação positiva e elevada com a gravidade, interferência e POCS total. De facto, de acordo com a literatura, está descrito que o “perfeccionismo negativo” está relacionado com o surgimento de problemas psicológicos ou psiquiátricos, nomeadamente do espectro OC, tanto em amostras clínicas como não clínicas.(45) O PRN tem-se revelado mediador entre o perfeccionismo e as perturbações psicológicas, nas quais se inclui a POC-P.(8,46,47) Para além disso, a sintomatologia depressiva, avaliada através da ERDP-19, mostrou forte correlação com a POCS (global, gravidade e interferência). Este achado é sobreponível ao verificado para o sexo feminino.(7,36,37,48)

Como potenciais limitações do estudo, aponta-se o facto dos PSM terem sido recrutados através das redes sociais pelo que a difusão do estudo pode ter sido enviesada, atingindo principalmente os homens que usam estas tecnologias digitais. Foram empreendidos grandes esforços para recrutar participantes em creches e centros de saúde, mas as restrições e preocupações impostas pela situação pandémica dificultaram estes propósitos. Para além disso, é de referir que a participação voluntária dos PSM pode conduzir a um viés de seleção pelo que os homens que aceitaram participar poderiam apresentar níveis não representativos de POC-P na população em geral.

Tal como já foi explorado para o sexo feminino, seria pertinente, em estudos futuros, analisar o papel do perfeccionismo, do PRN e da autocompaixão na mitigação do sofrimento

do PSM. Para além disso, seria de especial interesse testar a acuidade para o rastreio da POC-P nestes através da metodologia das curvas ROC, utilizando como *gold standard* a realização de uma entrevista psiquiátrica estruturada ou semi-estruturada por um clínico experiente.(31) No entanto, tendo obtido uma estrutura dimensional exatamente igual às obtidas para o sexo feminino, e pontuações médias também aproximadas, pensamos que enquanto não avançamos com esse estudo operativo, os pontos de corte previamente identificados para as mulheres, possam ser utilizados como indicadores de gravidade clinicamente relevante.

Também será importante confirmar o estatuto de fatores de risco dos correlatos identificados, para o que será necessário realizar um estudo longitudinal.

Em conclusão, estes resultados permitem dispor de um instrumento válido e fidedigno para a avaliação da fenomenologia OC, em PSM fluentes em português, de Portugal e do Brasil. Além disso, permitem compreender o impacto e evolução da POC-P nos PSM, que apresenta prevalências muito semelhantes às das mulheres, assim com os potenciais fatores etiológicos. Acreditamos que estes achados possam contribuir para reforçar a necessidade de incluir ambos os pais nos cuidados de saúde perinatais, nomeadamente no rastreio psicológico, de modo a minimizar os efeitos negativos da POC-P tanto para o PSM, como para a companheira, o bebé e a restante família.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Doutora Ana Telma Pereira por me ter proporcionado a oportunidade de ser integrada no trabalho de investigação do Instituto de Psicologia Médica da FMUC. Agradeço, também, pela orientação do trabalho, motivação transmitida e pela resposta a todas as dúvidas e hesitações de uma aluna que estava a realizar o seu primeiro contacto com a investigação médica.

À minha coorientadora, Dra. Daniela Pereira, agradeço todo o apoio prestado.

A todos os colegas e amigos que me ajudaram a divulgar o questionário, um sincero Obrigada!

Agradeço à minha família, em especial ao meus Pais e irmã, Margarida por me incentivarem a ser sempre o melhor de mim. Pela força, motivação e incentivo fundamentais para todos os dias, continuar este longo percurso que é a Vida.

Ao Jorge, por estar presente em todos os momentos. Por toda a motivação e confiança transmitida ao longo deste percurso.

Por último, no entanto, não menos importante, quero agradecer a todos os amigos de Coimbra, que me acompanham ao longo destes 6 anos. Obrigada por contribuírem para que estes anos, tão importantes, fossem dos melhores da minha da minha vida e por me fazerem sentir sempre em casa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macedo A, Pereira AT, Costa AS, Morgado P, Martins V, Maia BR. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA O insustentável peso da dúvida. Lidel. Lidel, editor. 2016. 1–525 p.
2. Philpott LF, Savage E, FitzGerald S, Leahy-Warren P. Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery* [Internet]. 2019;76:54–101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.013>
3. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;190:675–86.
4. Abramowitz, S. J, Schwartz, A. S, Moore, M. K, et al. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord*. 2003;17(4):461–78.
5. Pereira AT, Martins V, Roque C, Marques M, Macedo A. Perturbação Obsessivo-compulsiva no período perinatal e na infância. In 2013. p. 1–36.
6. Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, Killenberg S, Rinaldi K, Mahaffey BL, et al. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):523–30.
7. Isabel A, Araújo M, Isabel A, Araújo M, Marques M, Isabel A, et al. Prenatal obsessive-compulsive scale: psychometric and descriptive study in a portuguese sample. 2014;
8. Pereira AT, Sousa S, Araújo A, Xavier S, Azevedo J, Marques C, et al. Efeito Protetor da Auto-compaixão na gravidade e interferência da sintomatologia obsessivo-compulsiva perinatal - estudo longitudinal. 2020;(8):2020.
9. Lord C, Rieder A, Hall GBC, Soares CN, Steiner M. Piloting the Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS): Development and validation. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2011;25(8):1079–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.005>
10. Pereira AT, Azevedo J, Xavier S, Marques C, Soares MJ, Macedo A. Portuguese version of the Prenatal Obsessive-Compulsive Scale. 2019;27(March 2019):8–11.
11. Pereira AT, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Meneses MS, Marques C, et al. Postpartum obsessive-compulsive phenomena: a psychometric and epidemiologic study in a Portuguese sample. 2019;1(2013):2449.

12. AT P, C M, J A, M M, MJ S, D M, et al. Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS) – Estudo psicométrico e descritivo.
13. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11), 1006–11.
14. AT P, S. X, J. A, MJ S, C. M, MS M, et al. Further Validation of the Postpartum Depression Screening Scale-19. *Eur Psychiatry*. 2019;56(Supplement, S88).
15. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(1):67–77.
16. Marques C, Xavier S, Azevedo J, Marques M, Soares MJ, Macedo A, et al. Confirmatory Factor Analysis of the Postpartum Depression Screening Scale-21 in a Sample of Portuguese Women. *Eur Psychiatry [Internet]*. 2017;41(S1):s241–s241. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.010>
17. Coelho P, Torres AS, Cabaços C, Pereira D, Barros M, Macedo A, et al. Postpartum Depression Screening Scale – Adaptation and validation of a Portuguese version for new-fathers. 2021; Resumo submetido ao 21ST WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, CARTAGENA, COLOMBIA 18-21 OCTOBER, 2021
18. MJ S, AT P, A A, D S, AP A, J V, et al. The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and convergent validity. *Eur Psychiatry*. 2016;33S: S345.
19. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(3):456–70.
20. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. *Perfect Theory, Res Treat*. 2004;5–31.
21. B C, J C, AT P, Soares MJ AA, S B, Macedo A. Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version. *Atencion Primária*. 2013;45, 162.
22. J A, AT P, AP A, V N, MJ S, D M, et al. Perseverative Thinking Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis with Two Different Samples. *Eur Psychiatry, Press*. 2017;
23. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry [Internet]*. 2011;42(2):225–32.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>

24. IBM Corporation. IBM SPSS Statistics for Windows. New York: IBM Corp.; 2017.
25. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 1st ed. ReportNumber, editor. Lidel. ReportNumber Lda; 2018. 1013 p.
26. Arbuckle JL. Amos. Chicago: IBM Corp.; 2017.
27. Marôco J. *Análise de Equações Estruturais Fundamentos teóricos, Software e Aplicações*. 2nd ed. ReportNumber Lda, editor. ReportNumber Lda; 2014. 400 p.
28. Macedo AF de, Pereira AT, Madeira N. *Psicologia na medicina*. 1st ed. Lidel. Lisboa: LIDEL; 2018. 560 p.
29. Araújo A, Macedo A, Azevedo J, Xavier S, Soares MJ, Cabaços C, et al. The Prenatal Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric and descriptive study in a Portuguese sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021;
30. Pereira AT, Araújo A, Azevedo J, Soares MJ, Cabaços C, Carvalho F, et al. The Postpartum Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric and descriptive study in a Portuguese sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021;
31. Macedo AF de, Pereira AT, Madeira N. Fundamentos da psicometria. In: Lidel, editor. *Psicologia na medicina*. 2018. p. 151–78.
32. Yakut E, Uguz F, Aydogan S, Bayman MG, Gezginc K. The course and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder during the postpartum period: A naturalistic observational study. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;254(January):69–73. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.027>
33. Pereira AT, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Marques C, Marques M, et al. The role of perfectionism , dysfunctional cognitive processes and content in postpartum OC phenomena Socially prescribed perfectionism / SPP , Self-Oriented Perfectionism / SOP , Repetitive Thinking , Cognitive Interference and Unproductivity / CIU , Beli. 2019;45(March):2163.
34. Abramowitz J, Moore K, Carmin C, Wiegartz PS, Purdon C. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics*. 2001;42(5):429–31.
35. Abramowitz JS, Nelson CA, Rygwall R, Khandker M. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *J Anxiety Disord*. 2007;21(1):91–104.

36. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TLC, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2009;50(6):503–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.014>
37. Pereira AT, Araújo A, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Marques C, et al. Post-partum obsessive-compulsive phenomena: psychometric, operative and epidemiological study. *J Chem Inf Model*. 2019;53(9):1689–99.
38. Abramowitz JS, Khandker M, Nelson CA, Deacon BJ, Rygwall R. The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behav Res Ther*. 2006;44(9):1361–74.
39. Leckman JF, Mayes LC, Feldman R, Evans DW, King RA, Cohen DJ. Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100(SUPPL.396):1–26.
40. Silva RM, Shavitt RG, Costa DL. Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *Brazilian J Psychiatry*. 2021;43(1):108–108.
41. Sorg S, Vögele C, Furka N, Meyer AH. Perseverative thinking in depression and anxiety. *Front Psychol*. 2012;3(FEB):1–6.
42. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *J Affect Disord* [Internet]. 2011;132(1–2):146–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>
43. A P, MJ M, Macedo A, N. M. *Psicologia na Medicina*. Vol. Investigaç, Psicologia na Medicina. Lidel; 2018. 193–212 p.
44. Quental C, Pereira AT, Araújo A, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, et al. CORRELATOS E FATORES DE RISCO DA FENOMENOLOGIA OBSESSIVO-COMPULSIVA NO PERÍODO PERINATAL. 2020.
45. Macedo A, Soares MJ, Amaral AP, Nogueira V, Madeira N, Roque C, et al. Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2015;72:220–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.024>
46. Egan SJ, Kane RT, Winton K, Eliot C, McEvoy PM. A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behav Res Ther* [Internet]. 2017;97:26–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.006>

47. Pereira AT, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Marques C, Marques M, et al. The role of perfectionism and repetitive negative thinking in prenatal OC phenomena. 2019;13:2019.
48. Fairbrother N, Thordarson DS, Challacombe FL, Sakaluk JK. Correlates and predictors of new mothers' responses to postpartum thoughts of accidental and intentional harm and obsessive compulsive symptoms. *Behav Cogn Psychother*. 2018;46(4):437–53.

ANEXOS

ANEXO I – Figuras e Tabelas

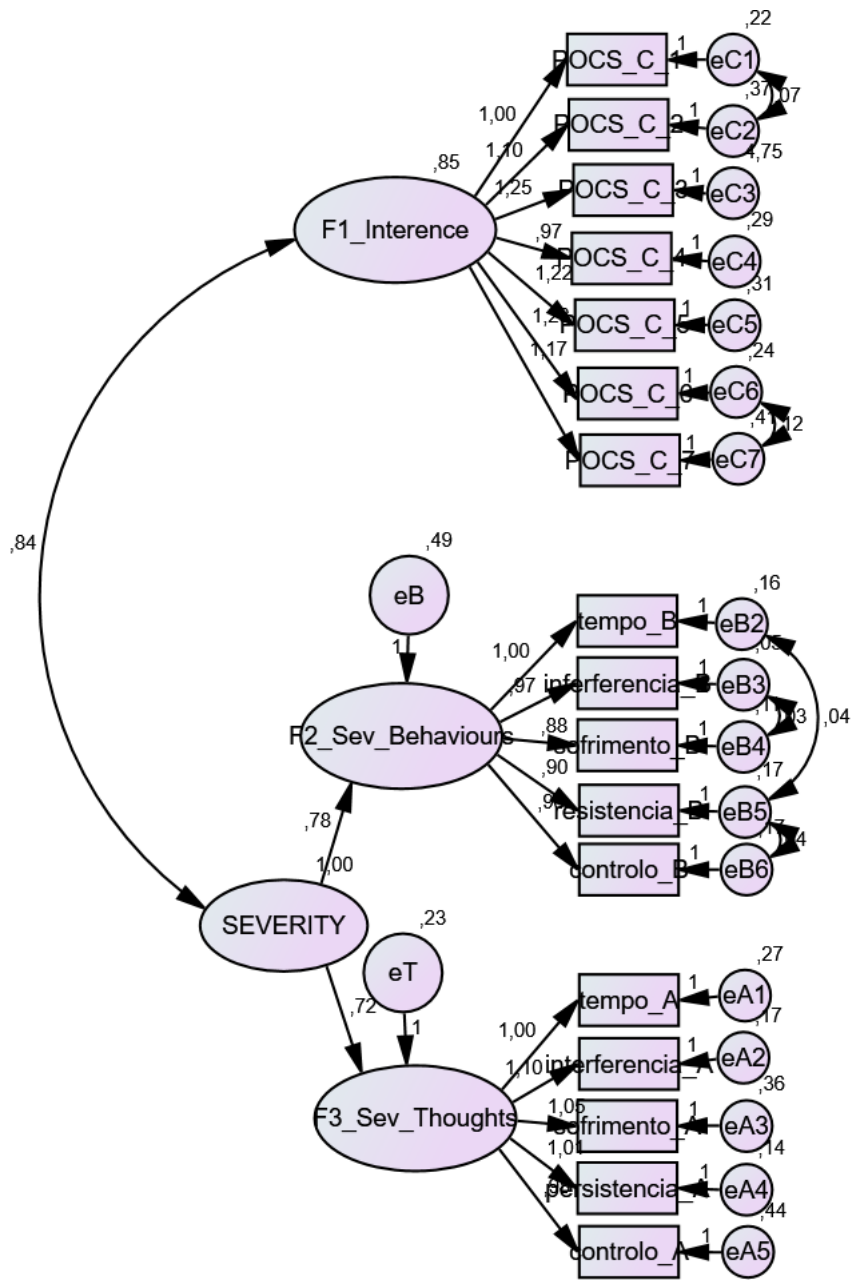


Figura 1. Modelo de segunda-ordem.

Tabela 1. Índices de ajustamento dos modelos testados.

		X²/gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Três fatores	Modelo de 1^a ordem	2.907	.0972	.8427	.9466	.9373
	Interpretação de valores (Maroco 2014)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	sofrível	bom	bom
Três fatores (com 5 pares de erros de itens correlacionados)	Modelo de 1^a ordem	2.4278	.0841	.9617	.9530	.8760
	Interpretação de valores (Maroco 2014)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	muito bom	muito bom	sofrível
	Modelo de 2^a ordem	2.4278	.0841	.9617	.9531	.8760
	Interpretação de valores (Maroco 2014)	Ajustamento				
		sofrível	aceitável	Muito bom	Muito bom	sofrível

Tabela 2: pontuações médias, mínimas, máximas e desvio padrão da POCS (gravidade e interferência).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
POCS Total	.00	71.00	26.15	15.32
Gravidade das Obsessões	.00	21.00	7.48	4.61
Gravidade das Compulsões	.00	20.00	5.06	5.06
Gravidade Total	.00	40.00	12.54	8.60
Interferência das Obsessões e/ou Compulsões	.00	42.00	13.61	7.78

Tabela 3: Frequências na subescala de gravidade das obsessões.

Tempo gasto	Nenhum		Menos de 1 h/dia		1-3 h/dia		3-8 h/dia		Mais de 8h/dia	
	n=203	n=45	22.2%	n=100	49.3%	n=15	7.4%	n=5	2.5%	n=2
n=167	26.9%		59.9%		9.0%		3.0%		1.2%	
Interferência	Nada		Int. mínima		Int. moderada		Int. elevada		Int. grav*	
n=203	n=70	34.5%	n=68	33.5%	n=23	11.3%	n=4	2.0%	n=2	1.0%
n=167		41.9%		40.7%		13.8%		2.4%		1.2%
Grau de perturbação/distress	Nada		Um pouco		Moderadamente		Muito		Extremamente **	
n=203	n=58	28.6%	n=77	37.9%	n=21	10.3%	n=9	4.4%	n=2	1.0%
n=167		34.7%		46.1%		12.6%		5.4%		1.2%
Resistência difícil "livrar-se"	Nada difícil		Mínima/ difícil		Moderada/difícil		Muito difícil		Incapaz de me "livrar"	
n=203	n=94	46.3%	n=50	24.6%	n=19	9,4%	n=3	1.5%	n=1	0.5%
n=167		56.3%		29.9%		11.4%		1.8%		0.6%
Controlo	Total		Muito		Algum		Pouco		Nenhum	
n=203	n=74	36.5%	n=54	26.6%	n=30	14.8%	n=9	4.4%	n=0	0.0%
n=167		44.3%		32.3%		18.0%		5.4%		0.0%
* Afeta a sua capacidade de funcionar no dia-a-dia										
** São incapacitantes										

Tabela 4: Frequências de resposta na subescala de gravidade das compulsões.

Tempo gasto	Nenhum		Menos de 1 h/dia		1-3 h/dia		3-8 h/dia		Mais de 8h/dia	
n=203	n=27	13.3%	n=70	34.5%	n=15	7.4%	n=3	1.5%	n=1	0.5%
n=116		23.3%		60.3%		12.9%		2.6%		0.9%
Interferência	Nada		Int. mínima		Int. moderada		Int. elevada		Int. grav*	
n=203	n=46	22.7%	n=52	25.6%	n=16	7.9%	n=2	1.0%	n=0	0.0%
n=116		39.7%		44.8%		13.8%		1.7%		0.0%
Grau de perturbação/distress	Nada		Um pouco		Moderadamente		Muito		Extremamente **	
n=203	n=61	30.0%	n=38	18.7%	n=16	7.9%	n=1	0.5%	n=0	0.0%
n=116		52.6%		32.8%		13.8%		0.9%		0.0%
Resistência difícil "livrar-se"	Nada difícil		Mínima/ difícil		Moderada/difícil		Muito difícil		Incapaz de me "livrar"	
n=203	n=63	31.0%	n=33	16.3%	n=16	7.9%	n=4	2.0%	n=0	0.0%
n=116		54.3%		28.4%		13.8%		3.4%		0.0%
Controlo	Total		Muito		Algum		Pouco		Nenhum	
n=203	n=49	24.1%	n=44	21.7%	n=19	9.4%	n=4	2.0%	n=0	0%
n=116		42.2%		37.9%		16.4%		3.4%		0%
* Afeta a sua capacidade de funcionar no dia-a-dia										
** São incapacitantes										

Tabela 5: Frequências de resposta | Interferência das obsessões e/ou compulsões.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não se aplica
	%					
a. A relação com a sua família						
n=203	41,4	30,0	11,3	3,9	0	0.5
n=177	47,5	34,5	13,0	4,5	0	0.6
b. A relação com a sua companheira/esposa						
n=203	35,0	31,0	13,8	4,4	2,5	0.5
n=177	40,1	35,6	15,8	5,1	2,8	0.6
c. A relação com o(s) seu(s) filho(s) mais velho(s)						
n=203	16,3	6,9	6,4	2,0	0	55.7
n=177	18,6	7,9	7,3	2,3	0	63.8
d. A sua relação com o bebê						
n=203	45,3	25,6	13,3	2,0	0	1.0
n=177	52,0	29,4	15,3	2,3	0	1.1
e. As suas atividades sociais						
n=203	41,4	25,6	9,9	6,9	2,5	1.0
n=177	47,5	29,4	11,3	7,9	2,8	1.1
f. As suas responsabilidades/tarefas em casa						
n=203	44,8	20,2	12,3	7,4	2,0	0.5
n=177	51,4	23,2	14,1	8,5	2,3	0.6
g. As responsabilidades/tarefas no trabalho						
n=203	47,3	19,2	11,3	5,9	2,5	1.0
n=177	54,2	22,0	13,0	6,8	2,8	1.1

**ANEXO II – Parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra**



COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **135-CE-2020**

Data **25/11/2020**

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-138/2020).

Investigador(a) Principal: Ana Telma Fernandes Pereira

Co-Investigador(es): António João Ferreira de Macedo e Santos, Carolina Sampaio Meda Cabaços, Ana Isabel Maia Araújo, Daniela Silva Marques Pereira e Mariana Vaz Pires Marques

Título do Projeto: *"Perturbação psicológica perinatal no progenitor do sexo masculino - relação com o estigma".*

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável. No entanto, sugere-se que seja adicionada, no texto de Consentimento Informado, uma estimativa de tempo de resposta aos questionários".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt



PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA PERINATAL NO PROGENITOR DO SEXO MASCULINO (até aos 12 meses do bebé)

É convidado a participar voluntariamente neste estudo por ter sido pai há menos de 13 meses. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a perturbação psicológica dos pais (progenitores do sexo masculino) no período perinatal.

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

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não.

Este estudo irá decorrer no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas de instrumentos que avaliam os níveis de perturbação psicológica no período perinatal numa amostra de progenitores do sexo masculino de bebés até aos 12 meses, bem como investigar a sua prevalência, gravidade, interferência e correlatos e relação com o estigma.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e a garantir prova pública dessa proteção. Serão incluídos aproximadamente 300 participantes.

Se aceitar participar iremos solicitar o preenchimento de um questionário de autorresposta cujas perguntas são sobre o modo como se tem sentido.

A sua participação não acarreta qualquer risco.

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com os investigadores não será prejudicada.

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

Agradecemos desde já a participação neste estudo.

CONTACTOS

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

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

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigadoras:

Ana Telma Pereira: apereira@fmed.uc.pt, 964404676

Daniela Pereira: dmpereira4@gmail.com, 917394475

Carolina Cabaços: esm.cabacos@gmail.com; 914665651

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Declaro que recebi informação acerca das circunstâncias da minha participação neste projecto de investigação. Li atentamente e compreendi a informação do Consentimento Informado. Concordo com as condições e desejo participar neste estudo voluntariamente. Compreendo que a participação neste estudo é voluntária e anónima. Compreendo que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação e que não é possível qualquer identificação pessoal.

Reservo o direito de desistir da minha participação a qualquer momento.

Dou o meu consentimento informado e desejo prosseguir para o estudo.

I.

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/19____

2. Em que país nasceu?

3. Qual é o seu estado civil atual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1. Solteiro

3. Viúvo

2. Casado/ Em união de facto

4. Divorciado/Separado

5. Outro, qual? _____

4. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1. 1º Ciclo (até ao quarto ano)

2. 2º Ciclo (até ao sexto ano)

3. 3º Ciclo (até ao nono ano)

4. Ensino secundário

5. Licenciatura

6. Mestrado

7. Doutoramento

8. Outro, qual? _____

5. Qual é a sua profissão?

5.1. Situação atual perante o trabalho:

1. A trabalhar

3. Desempregado

2. De baixa/atestado

4. Outra, qual? _____

6. Quantos filhos tem? _____ Filhos |

II.

De seguida fazemos algumas perguntas sobre a sua **SAÚDE NO PASSADO** (até ao nascimento deste filho).

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Alguma vez teve um problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

1. Não 2. Sim

Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afetiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

1.1. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
1.2. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
1.3. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
1.4. Atualmente toma medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim 1.4.1. Se sim, qual/quais? _____

III.

A. Seguem-se algumas perguntas acerca do **ÚLTIMOS DOZE MESES**.

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo **que lhe causou muito**
stresse?
(Exemplos: Separação/divórcio; Violência doméstica; Falecimento de um ente querido;
Doença grave; Desemprego...) 1. Não 2. Sim

2. Como descreve a sua relação com a sua
companheira/ esposa/namorada? 1 - Boa 2 - Razoável 3 - Má
 4 - Não tenho companheira/ esposa/ namorada.

IV.

ERDP

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que os pais podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé. Escolha a resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido no **ÚLTIMO MÊS**. Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

No ÚLTIMO MÊS, EU...

	1	2	3	4	5
	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. tive dificuldades em dormir mesmo quando o bebé dormia.	1	2	3	4	5
2. já não sabia quem eu era.	1	2	3	4	5
3. senti-me um fracasso como pai.	1	2	3	4	5
4. senti-me verdadeiramente angustiado (oprimido).	1	2	3	4	5
5. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
6. senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
7. senti que estava a tornar-me um estranho para mim próprio.	1	2	3	4	5
8. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
9. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
10. senti altos e baixos nas minhas emoções.	1	2	3	4	5
11. pensei que estava a enlouquecer.	1	2	3	4	5
12. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
13. quis fazer mal a mim próprio.	1	2	3	4	5
14. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
15. senti-me nervoso pela mínima coisa relacionada com o bebé.	1	2	3	4	5
16. tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
17. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
18. senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo bebé.	1	2	3	4	5
19. senti que o bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
20. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
21. só queria deixar este mundo.	1	2	3	4	5

IV.

As próximas questões relacionam-se com o seu **MODO HABITUAL DE SER OU DE PENSAR**.

EMP

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

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

QPP

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

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

POCS

Após o nascimento de um filho, alguns homens experienciam pensamentos e comportamentos que podem ser perturbadores, apesar de poderem ser bastante comuns. Este questionário inclui questões sobre quaisquer pensamentos/imagens e comportamentos que possa ter experienciado após o nascimento do seu último filho.

Secção A

Por favor coloque um círculo à volta de **NÃO** ou **SIM** nas seguintes questões.

Desde o nascimento do seu filho, alguma vez se preocupou bastante ou teve na sua mente pensamentos/imagens repetitivos acerca de (NOTA: isso não implica que agisse de acordo com os mesmos):

1. Ser criticado ou julgado como pai?	1 - NÃO	2 - SIM
2. A sua alimentação ou a do bebé (p. ex. preparação da comida, vitaminas etc.)?	1 - NÃO	2 - SIM
3. O bebé ser contaminado (p. ex. por germes, SARS-CoV-2: COVID-19)?	1 - NÃO	2 - SIM
4. Alguém levar o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
5. Deixar cair o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
6. O bebé morrer durante o sono?	1 - NÃO	2 - SIM
7. O bebé ferir-se ou morrer num acidente?	1 - NÃO	2 - SIM
8. O bebé sofrer um traumatismo craniano?	1 - NÃO	2 - SIM
9. Alguém ter contacto sexual inapropriado com o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
10. Abanar o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
11. Gritar com o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
12. Magoar o bebé durante o banho?	1 - NÃO	2 - SIM
13. Queimar o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
14. Magoar o bebé enquanto ele está a dormir?	1 - NÃO	2 - SIM
15. O bebé a sangrar?	1 - NÃO	2 - SIM
16. Atirar o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
17. Magoar o bebé acidentalmente com uma faca/ objeto afiado?	1 - NÃO	2 - SIM
18. Esfaquear o bebé com uma faca/ objeto afiado?	1 - NÃO	2 - SIM
19. Sufocar o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
20. Apertar o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
21. Ter contacto sexual inapropriado com o bebé?	1 - NÃO	2 - SIM
22. O seu bebé estar possuído por um espírito (p. ex. por uma força negativa)?	1 - NÃO	2 - SIM
23. Outros pensamentos? Por favor, descreva: _____	1 - NÃO	2 - SIM

Se respondeu **NÃO** a todas as questões nesta página, por favor passe para a **Secção B** (PÁGINA 15)

Se respondeu **SIM** a qualquer uma das questões nesta página, por favor continue para a página seguinte.

1. Ao longo de um dia, durante quanto tempo foi incomodado por esses pensamentos/ imagens?

<input type="checkbox"/> 1. Nenhum	<input type="checkbox"/> 2. Menos de 1 h/dia	<input type="checkbox"/> 3. 1-3 h/dia	<input type="checkbox"/> 4. 3-8 h/dia	<input type="checkbox"/> 5. Mais de 8h/dia
------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

2. Em que grau esses pensamentos/imagens interferem com a sua vida e atividades do dia-a-dia?

<input type="checkbox"/> 1. Nada	<input type="checkbox"/> 2. Interferência mínima	<input type="checkbox"/> 3. Interferência moderada	<input type="checkbox"/> 4. Interferência elevada	<input type="checkbox"/> 5. Interferência grave, que afeta a sua capacidade de funcionar no dia-a-dia
----------------------------------	--	--	---	---

3. Em que grau esses pensamentos/imagens são perturbadores?

<input type="checkbox"/> 1. Nada	<input type="checkbox"/> 2. Um pouco	<input type="checkbox"/> 3. Moderadamente	<input type="checkbox"/> 3. Muito	<input type="checkbox"/> 4. Extremamente (são incapacitantes)
----------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	---

4. Quão difícil é para si “livrar-se” desses pensamentos/imagens?

<input type="checkbox"/> 1. Nada difícil	<input type="checkbox"/> 2. Minimamente difícil	<input type="checkbox"/> 3. Moderadamente difícil	<input type="checkbox"/> 4. Muito difícil	<input type="checkbox"/> 5. Incapaz de me “livrar” dos pensamentos/imagens
--	---	---	---	--

5. Quanto controlo tem sobre os seus pensamentos/imagens?

(ex. quando tem esses pensamentos/imagens, consegue alterá-los para outros mais desejáveis?)

<input type="checkbox"/> 1. Total controlo	<input type="checkbox"/> 2. Muito controlo	<input type="checkbox"/> 3. Algum controlo	<input type="checkbox"/> 4. Pouco controlo	<input type="checkbox"/> 5. Nenhum controlo
--	--	--	--	---

6. Quando é que teve pela primeira vez algum desses pensamentos/imagens?

Escolha a opção que se aplica:

<input type="checkbox"/> 1. No planeamento da gravidez	<input type="checkbox"/> 6. Na altura do nascimento deste bebé
<input type="checkbox"/> 2. Durante a gestação de um filho anterior	<input type="checkbox"/> 7. 0-3 meses após o nascimento deste bebé
<input type="checkbox"/> 3. Durante o ano após o nascimento de um filho anterior	<input type="checkbox"/> 8. 3-6 meses após o nascimento deste bebé
<input type="checkbox"/> 4. Quando descobriu que ia ser pai deste bebé	<input type="checkbox"/> 9. Houve um desencadeador específico (ouvir, ver ou ler acerca de algo, ver uma determinada pessoa, etc.)
<input type="checkbox"/> 5. Durante a gestação deste bebé	Por favor, especifique: _____ _____ _____

Continua na página seguinte.

7. Teve preocupações excessivas ou pensamentos/imagens desagradáveis (em geral, não necessariamente acerca do bebê) antes do nascimento deste bebê?

1. NÃO 2. SIM (Se NÃO, passe para a Secção B – PÁGINA 15)

7.1. Se sim, quando é que começaram?

8. Desde que esses pensamentos/imagens começaram, até quando é que duraram (p. ex. até ao primeiro mês após o nascimento do bebê; ainda duram...)?

9. Diria que os seus pensamentos/imagens mudaram depois do seu bebê nascer?

9.1. Quanto à interferência e gravidade:

1. Ficaram menos maus 2. Não mudaram 3. Ficaram piores

9.2. Quanto à frequência:

1. Ficaram menos frequentes 2. Não mudaram 3. Ficaram mais frequentes

Secção B

1. Desde o nascimento do seu filho, alguma vez teve os seguintes comportamentos?

a) Lavar ou limpar repetidamente as mãos	1- NÃO	2 - SIM
b) Forte impulso para fazer contagens ou somas	1 - NÃO	2 - SIM
c) Verificar repetidamente as portas, fechaduras, fogão, etc.	1 - NÃO	2 - SIM
d) Repetidamente alinhar e/ou ordenar as coisas	1 - NÃO	2 - SIM
e) Verificar repetidamente que não cometeu nenhum erro	1 - NÃO	2 - SIM
f) Procurar excessivamente informação (na internet, consultas médicas, livros) acerca de bebés	1 - NÃO	2 - SIM
g) Procurar repetidamente tranquilização (p. ex. perguntar aos outros se acham que está a fazer as coisas bem)	1 - NÃO	2 - SIM
h) Lavar e limpar repetidamente o ambiente do bebé	1 - NÃO	2 - SIM
i) Dar demasiados banhos ao bebé (p. ex. mais do que uma vez por dia)	1 - NÃO	2 - SIM
j) Verificar o bebé repetidamente enquanto ele está a dormir	1 - NÃO	2 - SIM
k) Realizar um conjunto de comportamentos para prevenir que algo de mal aconteça ou para reduzir a sua ansiedade? (p. ex. rotinas, rituais mentais, rituais supersticiosos, etc.)	1 - NÃO	2 - SIM
l) Outros comportamentos? Descreva: _____ _____	1 - NÃO	2 - SIM

Se respondeu **NÃO** a todas as questões desta página (**Secção B**) e na **Secção A** o seu preenchimento terminou por aqui. Confirme por favor se respondeu a todas as questões.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Se respondeu **NÃO** a todas as questões desta página, mas sim a alguma questão da **Secção A** (, passe para a **Secção C**.

Se respondeu **SIM** a qualquer uma das questões nesta página (**Secção B**), por favor continue:

2. Ao longo de um dia, durante quanto tempo foi incomodado por esses comportamentos?

<input type="checkbox"/> 1. Nenhum	<input type="checkbox"/> 2. Menos de 1 h/dia	<input type="checkbox"/> 3. 1-3 h/dia	<input type="checkbox"/> 4. 3-8 h/dia	<input type="checkbox"/> 5. Mais de 8h/dia
------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

3. Em que grau esses comportamentos interferem com a sua vida e atividades do dia-a-dia?

<input type="checkbox"/> 1. Nada	<input type="checkbox"/> 2. Interferência mínima	<input type="checkbox"/> 3. Interferência moderada	<input type="checkbox"/> 4. Interferência elevada	<input type="checkbox"/> 5. Interferência grave, que afeta a sua capacidade de funcionar no dia-a-dia
----------------------------------	--	--	---	---

4. Em que grau esses comportamentos são perturbadores?

<input type="checkbox"/> 1. Nada	<input type="checkbox"/> 2. Um pouco	<input type="checkbox"/> 3. Moderadamente	<input type="checkbox"/> 4. Muito	<input type="checkbox"/> 5. Extremamente (são incapacitantes)
----------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	---

5. Quão difícil é para si resistir a iniciar esses comportamentos?

<input type="checkbox"/> 1. Nada difícil	<input type="checkbox"/> 2. Minimamente difícil	<input type="checkbox"/> 3. Moderadamente difícil	<input type="checkbox"/> 4. Muito difícil	<input type="checkbox"/> 5. Incapaz de resistir a iniciar os comportamentos
--	---	---	---	---

6. Quanto controlo tem sobre os seus comportamentos?

<input type="checkbox"/> 1. Total controlo	<input type="checkbox"/> 2. Muito controlo	<input type="checkbox"/> 3. Algum controlo	<input type="checkbox"/> 4. Pouco controlo	<input type="checkbox"/> 5. Nenhum controlo
--	--	--	--	---

7. Quando é que teve pela primeira vez algum desses comportamentos?

Escolha a opção que se aplica:

<input type="checkbox"/> 1. No planeamento da gravidez	<input type="checkbox"/> 6. Na altura do nascimento deste bebé
<input type="checkbox"/> 2. Durante a gestação de um filho anterior	<input type="checkbox"/> 7. 0-3 meses após o nascimento deste bebé
<input type="checkbox"/> 3. Durante o ano após o nascimento de um filho anterior	<input type="checkbox"/> 8. 3-6 meses após o nascimento deste bebé
<input type="checkbox"/> 4. Quando descobriu que ia ser pai deste bebé	<input type="checkbox"/> 9. Houve um desencadeador específico (ouvir, ver ou ler acerca de algo, ver uma determinada pessoa, etc.) Por favor, especifique: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 5. Durante a gestação deste bebé	

8. Já experienciou comportamentos semelhantes a estes (em geral, não necessariamente acerca da do bebé) antes do nascimento deste filho?

1. NÃO

2. SIM

(Se NÃO, passe para a Secção C)

8.1. Se sim, quando é que começaram:

9. Desde que esses comportamentos começaram, até quando é que duraram?

(p. ex. até ao primeiro mês após o nascimento do bebé; ainda duram...)

10. Diria que os seus comportamentos mudaram depois do seu bebé nascer?

10.1. Quanto à interferência e gravidade:

1. Ficaram menos maus

2. Não mudaram

3. Ficaram piores

10.2. Quanto à frequência:

1. Ficaram menos frequentes

2. Não mudaram

3. Ficaram mais frequentes

Secção C

Tendo em conta todos os pensamentos/imagens e comportamentos que assinalou nas secções anteriores, por favor assinala a resposta mais adequada ao seu caso:

Com que frequência os seus pensamentos/imagens ou comportamentos interferiram com:	1 - Nunca	2 - Poucas vezes	3 - Algumas vezes	4 - Muitas vezes	5 - Sempre	6 - Não se aplica
a. A relação com a sua família?	0	1	2	3	4	X
b. A relação com a sua companheira/esposa?	0	1	2	3	4	X
c. A relação com o(s) seu(s) filho(s) mais velho(s)?	0	1	2	3	4	X
d. A sua relação com o bebé?	0	1	2	3	4	X
e. As suas atividades sociais?	0	1	2	3	4	X
f. As suas responsabilidades/tarefas em casa?	0	1	2	3	4	X
g. As responsabilidades/tarefas no trabalho?	0	1	2	3	4	X

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Ana Telma Pereira; Carolina Cabaços; Daniela Pereira
Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Pólo I),
Rua Larga, 3004-504 COIMBRA
bemestarperinatal.fmuc@gmail.com; 239857759; 964404674