

FILIFE DA CONCEIÇÃO GARCIA SIEBERGER

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA E
FUNCIONAMENTO REFLEXIVO PARENTAL EM
MULHERES DURANTE A GRAVIDEZ**

Orientador: Prof. Doutor Tiago Miguel Pires Pinto

**Coorientadoras: Prof^ª. Doutora Raquel Alexandra Gonçalves Costa & Prof^ª.
Doutora Stephanie Raquel Gonçalves Alves**

Universidade Lusófona – Centro Universitário Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

FILIPE DA CONCEIÇÃO GARCIA SIEBERGER

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA E
FUNCIONAMENTO REFLEXIVO PARENTAL EM
MULHERES DURANTE A GRAVIDEZ**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferida pela Universidade Lusófona – Centro Universitário Lisboa, no dia 20 de fevereiro de 2024, com o Despacho de Nomeação de Júri Nº 573/2023, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Barbara Gonzalez

Arguente: Prof^a. Doutora Helena Moreira

Orientador: Prof. Doutor Tiago Miguel Pinto

Universidade Lusófona – Centro Universitário Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

Agradecimentos

Ao longo destes anos fui abençoado pelo apoio de muitas pessoas que ajudaram a tornar este percurso uma realidade alcançada.

Quero agradecer aos meus pais que foram pilares fundamentais no meu caminho e estou imensamente grato por todo o apoio, encorajamento e amor incondicional que me forneceram. Obrigado por terem sempre acreditado em mim, por me incentivarem a seguir os meus sonhos e por me terem pagado tantas propinas, obviamente. Agradeço ainda ao meu irmão por ser uma fonte de apoio e de entusiasmo que me empurrou a superar desafios e acreditar no meu potencial.

Estou profundamente grato aos meus professores e orientadores pela sabedoria e conhecimentos que partilharam comigo, bem como por toda a dedicação e investimento em ajudarem-me a desenvolver várias capacidades e a alcançar os meus objetivos.

Por fim, agradeço aos meus amigos que estiveram presentes nos bons e maus momentos e em alturas mais desafiantes. Obrigado por me ajudarem a manter um equilíbrio entre o trabalho e o lazer, tendo compartilhado momentos de pura animação e experiências que ficarão para sempre na minha memória.

Este trabalho foi parcialmente financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior de Portugal), ao abrigo das bolsas HEI-LAB (UIDB/05380/2020) e (2022.01825.PTDC).

Resumo

Os problemas de saúde mental perinatal podem dificultar a realização das tarefas de desenvolvimento da transição para a parentalidade, interferindo no funcionamento reflexivo parental (FRP) - capacidade dos pais compreenderem o estado mental interno da criança. No entanto, ainda pouco se sabe sobre a associação entre os problemas de saúde mental e o FRP durante a gravidez. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP em mulheres grávidas e analisar o papel moderador da paridade nesta associação. Foram recrutadas 117 mulheres grávidas a residir em Portugal no terceiro trimestre de gestação, 61.5% destas primíparas. Os resultados principais demonstram que a sintomatologia depressiva se revelou significativamente e negativamente associada ao FRP, mas a sintomatologia ansiosa não se revelou significativamente associada ao FRP. Os resultados demonstram ainda que a paridade não modera a associação entre a sintomatologia depressiva e o FRP. Este estudo concluiu que a sintomatologia depressiva pode interferir negativamente no FRP das mulheres durante a gravidez, sendo essencial a identificação e a redução precoce de sintomas de depressão, contribuindo para a prevenção de dificuldades no FRP no período pré-natal e, conseqüentemente, no período pós-parto.

Palavras-chave: depressão, ansiedade, funcionamento reflexivo parental, gravidez.

Abstract

Perinatal mental health problems may hinder the accomplishment of developmental tasks during the transition to parenthood, interfering with the parental reflective functioning (PRF) – parents’ ability to understand the internal mental state of their child. However, little is known regarding the association between mental health problems and PRF during pregnancy. The aim of this study was to analyse the association between depressive and anxiety symptoms and PRF in pregnant women and to analyse the moderating role of parity in this association. A total of 117 pregnant women residing in Portugal and in the third trimester of pregnancy were recruited, 61.5% of which were primiparous. The main results show that depressive symptoms were significantly and negatively predictive of PRF, but anxiety symptoms were not significantly predictive of PRF. Results also show that parity does not moderate the association between depressive symptoms and PRF. This study concluded that depressive symptoms can negatively affect women’s PRF during pregnancy, and that early identification and reduction of depressive symptoms is essential to help prevent difficulties in PRF in the prenatal period and, consequently, in the postpartum period.

Keywords: depression, anxiety, parental reflective functioning, pregnancy.

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

Abreviaturas e siglas

EPDS - Escala de depressão pós-parto de Edimburgo

FRP - Funcionamento reflexivo parental

STAI-S - Escala de ansiedade estado

Índice geral

Introdução.....	8
Transição para a parentalidade	8
Sintomatologia depressiva e ansiosa na gravidez	8
Funcionamento reflexivo parental	9
Problemas de saúde mental perinatal e funcionamento reflexivo parental.....	10
Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental: o papel da paridade.....	11
Pertinência do estudo face ao estado da arte.....	12
Objetivos e hipóteses	13
Método.....	13
Participantes.....	13
Procedimentos.....	14
Instrumentos.....	16
Características sociodemográficas e obstétricas	16
Sintomas de depressão	16
Sintomas de ansiedade	17
Funcionamento reflexivo parental pré-natal	17
Análise de dados	18
Resultados.....	19
Análises preliminares.....	19
Análises de regressão.....	21
Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez	21
O papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e o funcionamento reflexivo parental.....	26
Discussão	28
Pontos fortes e limitações	29

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

Implicações para a prática e investigação	29
Conclusão	30
Bibliografia	31
Anexos	36

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes.....	15
Tabela 2 - Estatísticas descritivas das variáveis do estudo.....	18
Tabela 3 - Coeficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com o funcionamento reflexivo parental.....	22
Tabela 4 - Coeficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com a subescala opacidade.....	22
Tabela 5 - Coeficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com a subescala refletividade.....	23
Tabela 6 - Coeficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com a subescala dinâmica.....	24
Tabela 7 - Coeficientes de regressão da paridade com o funcionamento reflexivo parental ..	24
Tabela 8 - Coeficientes de regressão da paridade com a subescala opacidade.....	25
Tabela 9 - Coeficientes de regressão da paridade com a subescala refletividade.....	25
Tabela 10 - Coeficientes de regressão da paridade com a subescala dinâmica.....	26
Tabela 11 - O papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o funcionamento reflexivo parental.....	27
Tabela 12 - O papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a subescala dinâmica.....	27

Índice de figuras

Figura 1 - Mapa empírico.....	36
-------------------------------	----

Introdução

Transição para a parentalidade

A transição e a adaptação à parentalidade envolvem ajustamentos fisiológicos, psicológicos e sociais (Parfitt & Ayers, 2014). O desenvolvimento de uma ligação entre a mãe e o bebé tem início na gravidez quando a mãe interage com o feto (Parfitt & Ayers, 2014), podendo ser considerado o processo psicológico mais importante na mãe durante essa fase (Brockington et al., 2006). O bem-estar emocional é um fator importante neste processo de transição (McNamara et al., 2019) potencialmente stressante, podendo associar-se a reações tanto positivas como negativas na mulher grávida (Walsh, 2010).

Sintomatologia depressiva e ansiosa na gravidez

A depressão e a ansiedade são dos problemas de saúde mental perinatal mais comuns (Costa et al., 2017; Kendig et al., 2017; Van de Loo et al), estando associadas a impactos adversos no bem-estar e na saúde física da mãe grávida (Howard et al., 2020) e, conseqüentemente, no desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental da criança que pode apresentar um risco acrescido de desenvolvimento de perturbações psicológicas (Goodman et al., 2011).

A depressão é caracterizada por um humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer na maior parte dos dias, quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013). Têm sido realizados vários estudos sobre a depressão no período pré-natal nos últimos anos. Silva et al. (2019) verificaram que, em Portugal, a prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação foi de 41.7%, valores estes muito mais elevados comparativamente a estudos anteriores que verificaram uma prevalência de 11.1% (Figueiredo et al., 2007) e entre 14.2% a 17.9% (Maia et al., 2011). Um estudo internacional que incluiu uma amostra portuguesa recolhida entre junho e outubro de 2020 (durante a primeira vaga de COVID-19 em Portugal) verificou uma prevalência de sintomatologia depressiva em 24.3% mulheres grávidas portuguesas (Mesquita et al., 2023) e outro estudo, também realizado com mulheres grávidas portuguesas após o surgimento do COVID-19 em Portugal, verificou uma prevalência de “possível depressão” de 26.3% (Vieira et al., 2022). Observa-se assim uma tendência para um aumento da prevalência de sintomatologia depressiva ao longo dos anos, havendo uma correlação entre a preocupação com o COVID-19 e a sintomatologia nesta população (Vieira et al., 2022), demonstrando a importância

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

crescente de intervir o mais precocemente possível nesta população. Relativamente à distribuição da sintomatologia depressiva ao longo dos três trimestres de gestação, Teixeira et al. (2009) verificaram na população portuguesa, ao longo da gravidez, uma distribuição de 22% no primeiro trimestre, de 20.6% no segundo e de 18.5% no terceiro.

A ansiedade também é comum na gravidez e afeta um elevado número de mulheres, sendo caracterizada por uma preocupação excessiva acerca de eventos ou atividades do dia-a-dia (American Psychiatric Association, 2013). Têm igualmente sido realizados vários estudos sobre a ansiedade no período pré-natal nos últimos anos. O mesmo estudo de Mesquita et al. (2023) mencionado anteriormente verificou que, em Portugal, a prevalência de sintomatologia ansiosa em mulheres grávidas foi de 19.8%, no entanto, é possível que estes resultados também tenham sido influenciados pela primeira vaga de COVID-19 em Portugal.

Tal como na depressão, os níveis de ansiedade também variam conforme o trimestre de gestação em que a mulher grávida se encontra. Relativamente à distribuição da sintomatologia ansiosa ao longo dos três trimestres de gestação, Teixeira et al. (2009) verificaram que, na população portuguesa, os níveis de sintomatologia ansiosa tendem a variar ao longo da gravidez, com uma distribuição de 15% no primeiro trimestre, 12.3% no segundo e 18.2% no terceiro.

A comorbilidade entre os sintomas de depressão e ansiedade é comum na gravidez. O estudo de Teixeira et al. (2009) concluiu que, em mulheres grávidas portuguesas, a presença de comorbilidade no primeiro trimestre foi de 10.6%, no segundo de 7.7% e no terceiro de 11.1%, verificando-se uma tendência para menores níveis de comorbilidade no segundo trimestre.

Funcionamento reflexivo parental

O funcionamento reflexivo parental (FRP) refere-se à capacidade dos pais compreenderem o estado mental interno da criança, nomeadamente os seus pensamentos, sentimentos, desejos e intenções, e gerirem os seus comportamentos em conformidade (Slade, 2005). Para tal, os pais deverão ser capazes de criar uma separação entre o seu próprio estado mental e o da criança (Slade, 2005). Pais que reportam níveis mais elevados de FRP têm uma maior capacidade para interpretar adequadamente as experiências internas dos seus filhos (Sadler et al., 2016). Por outro lado, pais com níveis mais baixos de FRP têm menor

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

capacidade para identificar os pensamentos e sentimentos tanto de si próprios como dos seus filhos (Slade, 2005).

O desenvolvimento do FRP tem início durante a gravidez (Pajulo et al., 2015) e influencia a transição para a parentalidade e o desenvolvimento de papéis parentais, nomeadamente a responsabilidade da mãe enquanto cuidadora de proporcionar afeto, atenção e necessidades básicas ao bebé, bem como gerir a sua vida profissional e social em torno do mesmo (Camoirano, 2017; Sadler et al., 2016). Durante a gravidez, o FRP está relacionado com a capacidade da mãe ou do pai identificarem o bebé como sendo um indivíduo separado de si mesmos e em processo de desenvolvimento das suas próprias características, temperamento e necessidades (Pajulo et al., 2015). Está ainda relacionado com o interesse no desenvolvimento e nas experiências do bebé após o parto, na imaginação sobre como o bebé reagirá aos pais e aos seus estados mentais, e ainda na imaginação de situações futuras com o bebé e nas mudanças que este trará à vida dos pais (Pajulo et al., 2015).

Estudos revelam que níveis mais elevados de FRP nas mães estão associados a uma melhor qualidade de parentalidade, maior sensibilidade, vinculação segura e a maiores capacidades de funcionamento reflexivo da própria criança, enquanto níveis mais baixos de FRP estão associados a níveis mais elevados de ansiedade, a problemas de regulação emocional e a problemas comportamentais na criança (Camoirano, 2017; Pajulo et al., 2018; Rosenblum et al., 2008).

Problemas de saúde mental perinatal e funcionamento reflexivo parental

As dificuldades de adaptação à transição para a parentalidade podem levar a problemas de saúde mental perinatal que, por sua vez, podem dificultar a realização de tarefas de desenvolvimento da transição para a parentalidade (Saxbe et al., 2018). Uma vez que a gravidez é um período de incertezas e de novos desafios, existe uma maior vulnerabilidade à depressão e à ansiedade por parte da mulher grávida (Costa et al., 2017; Saxbe et al., 2018).

A sintomatologia depressiva e ansiosa podem dificultar a capacidade da mãe compreender o estado mental interno da criança (Hughes et al., 2016). Indivíduos com depressão apresentam níveis de FRP significativamente mais baixos e têm um foco acrescido relativamente ao seu próprio estado mental interno comparativamente a indivíduos sem depressão (Fischer-Kern et al., 2013), sendo possível que a sintomatologia depressiva dificulte a capacidade de estes refletirem sobre o estado mental interno da criança (Cárdenas

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

et al., 2022). Quanto à ansiedade, de tanto quanto sabemos, não existem estudos que procuraram analisar a associação entre a sintomatologia ansiosa e o FRP, no entanto, é pertinente mencionar que pais com níveis mais elevados de *stress* apresentam níveis de FRP mais baixos (Vismara et al., 2021).

Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental: o papel da paridade

Um fator que influencia a prevalência da depressão e da ansiedade na gravidez é a paridade (Truijens et al., 2017). Um bebé não só leva à formação de uma nova identidade por parte dos pais como também leva a alterações no seu investimento para com os seus outros filhos, parceiro, amigos e colegas, podendo manifestar-se no tempo despendido em cada uma destas relações (Cowan et al., 1985). Gravidezes subsequentes podem ser consideradas diferentes da primeira uma vez que a transição para a parentalidade não é uma experiência completamente nova, no entanto, há sempre novos desafios, momentos de refletividade e toda uma nova preparação para o desenvolvimento de novos papéis parentais (Brodén, 2010, citado por Pajulo et al., 2015; Pajulo et al., 2015; Raphaël-Leff, 1985).

Durante o processo de transição para a parentalidade, pais apresentam um risco acrescido de desenvolver depressão (Cutrona, 1982). Um estudo realizado por Figueiredo & Conde (2011) com uma amostra de mulheres portuguesas verificou que, comparativamente a mulheres primíparas, a sintomatologia depressiva tende a ser mais prevalente em mulheres múltíparas nos três trimestres da gravidez e a sintomatologia ansiosa tende a ser mais prevalente em mulheres múltíparas no segundo e terceiro trimestres. Van de Loo et al. (2018) também obtiveram resultados semelhantes, verificando que não só a depressão como também a ansiedade são mais prevalentes em mulheres grávidas múltíparas. Mais concretamente, os autores verificaram que a prevalência de sintomatologia depressiva é maior no terceiro trimestre enquanto na sintomatologia ansiosa não se observam diferenças entre trimestres.

Quanto à diferenciação entre grupos, os níveis de sintomatologia depressiva em mulheres primíparas tendem a ser mais elevados no segundo trimestre, enquanto nas mulheres múltíparas não aparenta haver diferenças entre trimestres (Figueiredo et al., 2011). Já os níveis de sintomatologia ansiosa em mulheres primíparas tendem a ser mais elevados no primeiro trimestre, enquanto nas mulheres múltíparas não aparenta haver diferenças entre trimestres (Figueiredo et al., 2011).

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

Para além da sintomatologia depressiva e ansiosa, também o FRP é influenciado pela paridade. Mulheres primíparas apresentam níveis significativamente mais elevados de FRP comparativamente a mulheres múltíparas na gravidez (Pajulo et al., 2015). Isto pode ser explicado pelo facto da transição para a parentalidade pela primeira vez levar a níveis de *stress* mais elevados relacionados com a maternidade comparativamente a gravidezes subsequentes, podendo levar a uma maior necessidade de utilizar a refletividade como estratégia de *coping* (Pajulo et al., 2015).

De tanto quanto sabemos, não existem estudos que procuraram testar o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP.

Pertinência do estudo face ao estado da arte

Muyiduli et al. (2020) referem que, comparativamente à sintomatologia depressiva, existe pouca literatura sobre a sintomatologia ansiosa em mulheres grávidas. Até ao momento sabemos que mães com sintomatologia depressiva apresentam níveis significativamente mais baixos de FRP e têm um foco acrescido relativamente ao seu próprio estado mental interno comparativamente a indivíduos sem depressão (Fischer-Kern et al., 2013), podendo dificultar as suas capacidades de refletirem sobre o estado mental interno da criança (Cárdenas et al., 2022; Hughes et al., 2016), no entanto, nenhum destes estudos se focou no período pré-natal. Sabemos ainda que a sintomatologia ansiosa pode dificultar a capacidade da mãe compreender o estado mental interno da criança (Hughes et al., 2016) e que pais com níveis mais elevados de *stress* apresentam níveis de FRP mais baixos (Vismara et al., 2021), no entanto, de tanto quanto sabemos, não existem estudos que procuraram analisar a associação entre a sintomatologia ansiosa e o FRP em mulheres grávidas. Assim, este estudo é pertinente uma vez que pretende analisar se níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa estão associados a níveis mais baixos de FRP em mulheres grávidas. Isto permitirá facilitar a identificação de baixos níveis de FRP na mulher grávida e realizar intervenções o mais precocemente possível.

Relativamente ao papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP, de tanto quanto sabemos, não existem estudos que procuraram analisar o seu papel nesta associação. Até ao momento sabemos que tanto a sintomatologia depressiva como a ansiosa tendem a ser mais prevalentes em mulheres múltíparas (Figueiredo et al., 2011; Loo et al., 2018), contudo, existe uma grande variabilidade de resultados

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

relativamente à influência da paridade nestas sintomatologias (Biaggi et al., 2016). Sabemos ainda que os níveis de FRP tendem a ser mais elevados em mulheres primíparas comparativamente a mulheres múltíparas (Pajulo et al., 2015). Assim, este estudo é ainda pertinente pois pretende analisar a paridade como possível moderador na associação entre a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e o FRP, facilitando a identificação da paridade como fator de risco nesta associação.

Objetivos e hipóteses

O presente estudo tem como objetivos analisar (1) a associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP em mulheres durante a gravidez (Figura 1); e (2) o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP (Figura 1).

Tendo por base a literatura, foram elaboradas as seguintes hipóteses: (1) prevê-se que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa estejam associados a níveis mais baixos de FRP em mulheres durante a gravidez; (2) prevê-se que a associação entre a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e o FRP seja moderada pela paridade. Concretamente, coloca-se a hipótese de que a relação entre a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e o FRP seja mais forte em mulheres múltíparas.

Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 117 mulheres grávidas. As características sociodemográficas podem ser consultadas na Tabela 1. Excluindo os *missings*, a média de idades das participantes foi de 33.39 anos (DP = 5.29; Min = 20; Max = 46), sendo a maioria das participantes casada/em união de facto (72.6%), de maioria étnica (99%) e a viver no país onde nasceu (74.1%). A maioria das participantes completou o ensino superior (56%), são primíparas (61.5%), têm um rendimento familiar na média (67.3%), reportaram nem ter tido complicações obstétricas durante a gravidez (58.6%) nem complicações fetais (86.1%) e não têm um diagnóstico prévio de problema de saúde mental (74.6%).

Procedimentos

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia, Educação, e Desporto da Universidade Lusófona – Centro Universitário Lisboa (Ref. RC000121), da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João, Porto (Ref. CES CHUSJ: 279 / 2022) e da Comissão de Ética da Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa (Ref. 1317/2022). O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo transversal que faz parte de um estudo longitudinal mais lato (Pinto et al., 2022), inserido no projeto internacional INTERSECT (International Survey Of Childbirth-Related Trauma; 2022.01825.PTDC.), cujo objetivos são compreender a prevalência de parto traumático e de mal-estar psicológico associado à gravidez em diferentes países e culturas. O estudo longitudinal no qual o presente estudo se insere é composto por dois momentos: o primeiro durante o 3º trimestre de gestação e o segundo aos 2 meses após o parto. O presente estudo insere-se no primeiro momento.

Os critérios de inclusão do estudo mais lato são: mulheres com idade superior a 18 anos, residentes em Portugal e capazes de ler e compreender português. Os critérios de inclusão do presente estudo foram mulheres grávidas com idade superior a 18 anos, que se encontrassem no 3º trimestre de gestação (a partir das 27 semanas gestacionais), residentes em Portugal, capazes de ler e compreender português e que tivessem preenchido os instrumentos de avaliação das variáveis em estudo: a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS; Versão original: Cox, et al., 1987; Versão portuguesa: Areias et al., 2014), a escala de ansiedade estado (STAI-S; Versão original: Spielberger et al., 1983; Versão portuguesa: Tendais et al., 2014) e o questionário de funcionamento reflexivo parental pré-natal (Versão original: Pajulo et al., 2015; Estudo psicométrico da versão portuguesa em preparação).

A recolha da amostra do presente estudo decorreu em meio hospitalar, na sala de espera do serviço de obstetrícia, em dois locais: no Centro Hospitalar de São João no Porto e na Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa. Todas as participantes encontravam-se no 3º trimestre de gravidez. Inicialmente foram explicados às participantes os objetivos do estudo e foi-lhes fornecido um formulário de consentimento informado para preenchimento. Após estes procedimentos, foram fornecidos às participantes um questionário sociodemográfico e os instrumentos de avaliação para preenchimento.

Tabela 1

Características sociodemográficas das participantes (N = 117).

Característica	n	%
Idade (anos)		
≤29	25	21.9
30-39	75	65.8
≥40	14	12.3
<i>Missings</i>	3	2.6
Estado civil		
Casada/ União de facto	85	72.6
Vive com o companheiro(a)	32	27.4
Etnia/Raça		
Maioria étnica	97	99
Minoria étnica	1	1
<i>Missings</i>	19	16.2
Nasceu em Portugal		
Sim	86	74.1
Não	30	25.9
<i>Missings</i>	1	.9
Escolaridade		
≤ 12	51	44
Ensino superior	65	56
<i>Missings</i>	1	.9
Rendimento familiar		
Abaixo da média	8	7.3
Na média	74	67.3
Acima da média	28	25.5
<i>Missings</i>	7	6
Paridade		
Multipara	45	38.5
Primipara	72	61.5
Complicações obstétricas		

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

Sim. complicações ligeiras	43	37.1
Sim. complicações graves	5	4.3
Não	68	58.6
<i>Missings</i>	1	.9
Complicações fetais		
Sim. complicações ligeiras	13	11.3
Sim. complicações graves	3	2.6
Não	99	86.1
<i>Missings</i>	2	1.7
Diagnóstico prévio de problema de saúde mental		
Sim	29	25.4
Não	85	74.6
<i>Missings</i>	3	2.6

Nota. $N = 177$.

Instrumentos

Características sociodemográficas e obstétricas

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido no âmbito do projeto, sendo composto por vários itens de informação demográfica e questões que remetem para a gravidez, saúde mental, idade, estado civil, etnia, local de residência, escolaridade, rendimento familiar e paridade. As opções de resposta podem ser consultadas na Tabela 1.

Sintomas de depressão

A escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS; Versão original: Cox, et al., 1987; Versão portuguesa: Areias et al., 2014) foi utilizada para avaliar os sintomas de depressão. A EPDS é um questionário de autorrelato composto por 10 itens (e.g., “Tenho tido esperança no futuro”), cotados numa escala tipo Likert de 4 pontos, com uma pontuação que varia entre 0 (*Nunca*) a 3 (*Quase sempre*), em que quanto mais elevada for a pontuação, maior é a severidade dos sintomas. A pontuação total da escala varia de 0-30, sendo uma pontuação ≥ 12 indicativa de presença de sintomatologia depressiva. A versão original deste instrumento apresentou uma boa consistência interna (α de Cronbach = .87; Cox et al., 1987). A

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

versão portuguesa deste instrumento também apresentou uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach = .82; Tendais et al., 2014). O nosso estudo também apresentou uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach = .85).

Sintomas de ansiedade

A Escala de ansiedade estado (STAI-S; Versão original: Spielberger et al., 1983; Versão portuguesa: Tendais et al., 2014) foi utilizada para avaliar os sintomas de ansiedade no momento. A STAI-S é um questionário de autorrelato composto por 20 itens (e.g., “Sinto-me calma”), cotados numa escala de Likert de 4 pontos, com uma pontuação que varia entre 1 (*Não*) a 4 (*Muito*), em que quanto mais elevada for a pontuação, maior é a severidade dos sintomas. A pontuação total da escala varia entre 20-80 pontos, sendo uma pontuação ≤ 37 indicativa de nenhuma ou baixos níveis de ansiedade, entre 38-44 indicativa de presença de níveis de ansiedade moderados e uma pontuação ≥ 45 indicativa de níveis de ansiedade elevados. A versão original deste instrumento, avaliada em diferentes grupos normativos, apresentou uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach = .86–.95; Spielberger et al., 1983). A versão portuguesa deste instrumento também apresentou uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach = .87–.93; Biaggio et al., 1976). Um estudo realizado por Tendais et al. (2014) com o objetivo de examinar o desempenho do STAI-S em medir a intensidade da sintomatologia ansiosa na gravidez apresentou uma consistência interna excelente (*alpha* de Cronbach = .91). O nosso estudo apresentou uma consistência interna excelente (*alpha* de Cronbach = .93).

Funcionamento reflexivo parental pré-natal

O questionário de funcionamento reflexivo parental pré-natal (Versão original: Pajulo et al., 2015; estudo psicométrico da versão portuguesa em preparação) foi utilizado para avaliar o FRP durante o período de gravidez. É um questionário de autorrelato composto por 14 itens (e.g., “Vou ser sempre capaz de saber porque é que o/a meu/minha bebé age de determinada forma”), cotados numa escala de Likert de 7 pontos, com uma pontuação que varia entre 1 (*Discordo fortemente*) e 7 (*Concordo fortemente*). A pontuação total da escala varia entre 14 e 98 pontos. Um estudo realizado por Luyten et al. (2018) utilizando este instrumento apresentou uma boa/excelente consistência interna (*alpha* de Cronbach = .70, .82, .75), distribuída respetivamente por 3 fatores: opacidade (capacidade de reconhecer o estado mental da criança com base no seu comportamento), composto por 4 itens com uma pontuação que varia de 4-28; refletividade (estado não refletivo característico de mães com

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

dificuldades no FRP), composto por 5 itens com uma pontuação que varia de 5-35; dinâmica (interesse e curiosidade no estado mental da criança), composto por 5 itens com uma pontuação que varia de 5-35. O nosso estudo apresentou uma consistência interna $<.70$ (α de Cronbach = .65).

Análise de dados

A análise de dados do presente estudo foi realizada através do IBM SPSS (v.26). Foram feitas tabelas de frequências com o objetivo de caracterizar a amostra com base nas suas características sociodemográficas (Tabela 1) e foram feitas correlações de Pearson e ANOVAS com o objetivo de identificar covariáveis, tendo sido identificado o estado civil como covariável do estudo. Mulheres não casadas/união de facto que vivem com o companheiro apresentam níveis de sintomatologia depressiva significativamente mais elevada do que mulheres casadas/união de facto ($F(1,115) = 5.829; p = .017$). Assim, o estado civil foi controlado durante as análises. As estatísticas descritivas das variáveis do estudo podem ser consultadas na Tabela 2

Tabela 2

Estatísticas descritivas das variáveis do estudo (N = 117).

Variáveis	M	DP	Min	Max
Sintomas de depressão	7.56	4.40	.00	23.00
Sintomas de ansiedade	37.58	10.95	20.00	68.00
FRP	3.33	0.82	1.43	5.43
Opacidade	4.31	1.67	1.00	7.00
Refletividade	2.82	0.91	1.00	5.80
Dinâmica	3.07	1.12	1.00	6.40

Nota. Os *scores* médios remetem para os totais das escalas.

FRP = Funcionamento reflexivo parental. A opacidade, a refletividade e a dinâmica são subescalas do FRP.

Foram realizadas quatro análises de regressão linear múltipla para testar o poder preditivo da sintomatologia depressiva, da sintomatologia ansiosa e do estado civil no FRP e

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

nas suas subescalas (opacidade, refletividade e dinâmica). Foram ainda realizadas quatro análises de regressão linear múltipla para testar o poder preditivo da paridade e da idade no FRP e nas suas subescalas (opacidade, refletividade e dinâmica). Por fim, foram feitos dois modelos de moderação utilizando o PROCESS SPSS macro (*Model 1*; Hayes, 2022) para analisar o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e o FRP e na associação entre a sintomatologia depressiva e a subescala dinâmica do FRP.

Resultados

Análises preliminares

Nas análises de regressão linear múltipla com o objetivo de testar o poder preditivo da sintomatologia depressiva, da sintomatologia ansiosa e do estado civil no FRP e nas suas subescalas (opacidade, refletividade e dinâmica), enquanto preditores, os modelos 1 foram compostos pelo estado civil e os modelos 2 foram compostos pela sintomatologia depressiva, pela sintomatologia ansiosa e pelo estado civil.

Na primeira análise realizada com o FRP enquanto variável dependente (VD) verificou-se que o modelo 1 explicou 1% da variância do FRP e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .01$, $F(1,115) = 1.33$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 8% da variância do FRP e demonstrou ser significativo ($R^2 = .08$, $F(3,113) = 3.55$, $p \leq .05$). Existe uma associação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e o FRP. Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 3.

Na segunda análise realizada com a subescala opacidade enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 0% da variância da subescala opacidade e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .00$, $F(1,115) = .03$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 1% da variância da subescala opacidade e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .01$, $F(3,113) = .44$, $p > .05$). Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 4.

Na terceira análise realizada com a subescala refletividade enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 5% da variância da subescala refletividade e demonstrou ser significativo ($R^2 = .05$, $F(1,115) = 6.45$, $p \leq .05$). Existe uma correlação significativa entre o estado civil e a subescala refletividade. O modelo 2 explicou 6% da variância da subescala refletividade e demonstrou ser significativo ($R^2 = .06$, $F(3,113) = 2.71$, $p \leq .05$). Existe uma

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

correlação significativa entre o estado civil e a subescala refletividade. Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 5.

Na quarta análise realizada com a subescala dinâmica enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 0% da variância da subescala dinâmica e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .00$, $F(1,115) = .33$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 11% da variância da subescala dinâmica e demonstrou ser significativo ($R^2 = .11$, $F(3,113) = 4.99$, $p \leq .05$). Existe uma correlação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e a subescala dinâmica. Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 6.

Nas análises de regressão linear múltipla com o objetivo de testar o poder preditivo da paridade e da idade no FRP e nas suas subescalas (opacidade, refletividade e dinâmica), enquanto preditores, os modelos 1 foram compostos pela idade e os modelos 2 foram compostos pela paridade e pela idade.

Na primeira análise realizada com o FRP enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 1% da variância do FRP e não demonstrou ser significativo ($R^2 = .01$, $F(1,112) = 2.03$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 2% da variância do FRP e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .02$, $F(2,111) = 1.11$, $p > .05$). Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 7.

Na segunda análise realizada com a subescala opacidade enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 0% da variância da opacidade e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .00$, $F(1,112) = 1.04$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 2% da variância da opacidade e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .02$, $F(2,111) = 1.15$, $p > .05$). Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 8.

Na terceira análise realizada com a subescala refletividade enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 3% da variância da refletividade e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .03$, $F(1,112) = 3.66$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 4% da variância da refletividade e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .04$, $F(2,111) = 2.32$, $p > .05$). Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 9.

Na quarta análise realizada com a subescala dinâmica enquanto VD verificou-se que o modelo 1 explicou 0% da variância do FRP e demonstrou não ser significativo ($R^2 = .00$, $F(1,112) = .02$, $p > .05$). O modelo 2 explicou 2% da variância do FRP e demonstrou não ser

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

significativo ($R^2 = .02$, $F(2,111) = 1.15$, $p > .05$). Os coeficientes de regressão podem ser consultados na Tabela 10.

Uma vez encontradas associações significativas entre a sintomatologia depressiva com o FRP e com a subescala dinâmica, foram feitos dois modelos de moderação utilizando o PROCESS SPSS macro (*Model 1*; Hayes, 2022). A primeira análise foi realizada com o objetivo de avaliar o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e o FRP. A segunda análise foi realizada com o objetivo de testar o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e a subescala dinâmica do FRP. Ambos os modelos incluíram a sintomatologia depressiva como variável independente. O modelo 1 incluiu o FRP como VD e o modelo 2 incluiu a subescala dinâmica como VD. A idade e o estado civil foram incluídos como covariáveis em ambos os modelos.

Na primeira análise realizada, verificou-se que o modelo explicou 10% da variância e demonstrou ser significativo ($R^2 = .10$, $p = .00$). Esta análise pode ser consultada na Tabela 11. Na segunda análise realizada, verificou-se que o modelo explicou 14% da variância e demonstrou ser significativo ($R^2 = .14$, $p = .00$). Esta análise pode ser consultada na Tabela 12.

Análises de regressão

Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez

Os resultados das análises de regressão realizadas demonstraram que a sintomatologia depressiva revelou estar significativamente e negativamente associada com o FRP (Tabela 3), indicando que quanto mais intensos forem os sintomas de depressão, menores são os níveis de FRP e vice-versa. A subescala opacidade não se encontra associada a qualquer variável (Tabela 4). O estado civil revelou estar significativamente associado com a subescala refletividade, sugerindo que mães casadas/união de facto apresentam níveis de refletividade mais elevados comparativamente a não casadas/união de facto (Tabela 5). A sintomatologia depressiva revelou ainda estar significativamente e negativamente associada com a subescala dinâmica, sugerindo que quanto mais intensos forem os sintomas de depressão, menor é o nível de dinâmica (Tabela 6). Não foram encontradas associações entre a paridade com o funcionamento reflexivo parental (Tabela 7) nem com as suas subescalas opacidade (Tabela 8), refletividade (Tabela 9) e dinâmica (Tabela 10).

Tabela 3

Coefficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com o funcionamento reflexivo parental

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	3.585**	---	.230	3.596**	---	.380
Estado civil	-.196	-.107	.170	-.062	-.034	.172
Sintomatologia depressiva				-.070*	-.373	.030
Sintomatologia ansiosa				.009	.122	.012
<i>R</i> ²	.011	----	---	.086	---	---
ΔR^2	.003	---	---	.062	---	---

Nota. *N* = 117. Análise para testar o poder preditivo da sintomatologia depressiva e ansiosa no FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pelo estado civil e o modelo 2 foi composto pela sintomatologia depressiva, pela sintomatologia ansiosa e pelo estado civil.

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

Tabela 4

Coefficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com a subescala opacidade

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	4.229*	---	.476	4.252*	---	.815
Estado civil	.065	.017	.353	.172	.045	.369
Sintomatologia depressiva				-.055	-.143	.064
Sintomatologia ansiosa				.007	.044	.025

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

ansiosa

R^2	.000	----	---	.012	---	---
ΔR^2	-.008	---	---	-.015	---	---

Nota. $N = 117$. Análise para testar o poder preditivo da sintomatologia depressiva e ansiosa na subescala opacidade do FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pelo estado civil e o modelo 2 foi composto pela sintomatologia depressiva, pela sintomatologia ansiosa e pelo estado civil.

* $p < .01$

Tabela 5

Coefficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com a subescala refletividade

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	3.415**	---	.248	3.349**	---	.423
Estado civil	-.467*	-.231	.184	-.399*	-.197	.192
Sintomatologia depressiva				-.037	-.181	.033
Sintomatologia ansiosa				.007	.084	.013
R^2	.053	----	---	.067	---	---
ΔR^2	.045	---	---	.043	---	---

Nota. $N = 117$. Análise para testar o poder preditivo da sintomatologia depressiva e ansiosa na subescala refletividade do FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pelo estado civil e o modelo 2 foi composto pela sintomatologia depressiva, pela sintomatologia ansiosa e pelo estado civil.

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

Tabela 6

Coefficientes de regressão da sintomatologia depressiva e ansiosa com a subescala dinâmica

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	3.238**	---	.314	3.318**	---	.509
Estado civil	-.135	-.054	.233	.086	.035	.231
Sintomatologia depressiva				-.113**	-.445	.040
Sintomatologia ansiosa				.013	.129	.016
<i>R</i> ²	.003	----	---	.117	---	---
ΔR^2	-.006	---	---	.094	---	---

Nota. *N* = 117. Análise para testar o poder preditivo da sintomatologia depressiva e ansiosa na subescala dinâmica do FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pelo estado civil e o modelo 2 foi composto pela sintomatologia depressiva, pela sintomatologia ansiosa e pelo estado civil.

**p* < .01

Tabela 7

Coefficientes de regressão da paridade com o funcionamento reflexivo parental

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	2.636*	---	.494	2.652*	---	.497
Idade	.021	.133	.015	.020	.125	.015
Paridade				.074	.044	.161
<i>R</i> ²	.018	----	---	.009	---	---
ΔR^2	.020	---	---	.002	---	---

Nota. *N* = 114. Análise para testar o poder preditivo da paridade no FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pela idade e o modelo 2 foi composto pela

paridade e pela idade.

* $p < .01$

Tabela 8

Coefficientes de regressão da paridade com a subescala opacidade

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	3.299*	---	1.024	3.221*	---	1.025
Idade	.031	.096	.030	.038	.117	.031
Paridade				-.373	-.108	.332
R^2	.009	----	---	.020	---	---
ΔR^2	.000	---	---	.003	---	---

Nota. $N = 114$. Análise para testar o poder preditivo da paridade na subescala opacidade do FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pela idade e o modelo 2 foi composto pela paridade e pela idade.

* $p < .01$

Tabela 9

Coefficientes de regressão da paridade com a subescala refletividade

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	1.789*	---	.540	1.826*	---	.541
Idade	.031	.178	.016	.027	.160	.016
Paridade				.175	.094	.175
R^2	.032	----	---	.040	---	---
ΔR^2	.023	---	---	.023	---	---

Nota. $N = 114$. Análise para testar o poder preditivo da paridade na subescala refletividade do FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pela idade e o modelo 2 foi composto pela paridade e pela idade.

* $p < .01$

Tabela 10

Coefficientes de regressão da paridade com a subescala dinâmica

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	<i>B</i>	β	<i>SE</i>
Constante	2.953*	---	.676	3.022*	---	.674
Idade	.003	.014	.020	-.003	-.014	.020
Paridade				.331	-.145	.218
<i>R</i> ²	.000	----	---	.020	---	---
ΔR^2	-.009	---	---	.003	---	---

Nota. *N* = 114. Análise para testar o poder preditivo da paridade na subescala dinâmica do FRP. Enquanto preditores, o modelo 1 foi composto pela idade e o modelo 2 foi composto pela paridade e pela idade.

**p* < .01

O papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e o funcionamento reflexivo parental

Os resultados das análises de moderação realizadas indicaram que quanto maiores forem os sintomas de depressão, menores são os níveis de FRP ($\beta = -.05$, $p = .01$). Não foi encontrado efeito de interação entre a sintomatologia depressiva e a paridade ($p = .91$). Esta análise pode ser consultada na Tabela 11. Os resultados indicaram ainda que quanto maiores forem os sintomas de depressão, menores são os níveis de dinâmica ($\beta = -.08$, $p = .00$). Não foi encontrado efeito de interação entre a sintomatologia depressiva e paridade ($p = .86$). Esta análise pode ser consultada na Tabela 12.

Tabela 11

O papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o funcionamento reflexivo parental

	R(R ²)	F	β	p	IC 95%
FRP	.32 (.10)	2.49		<.001*	
Sintomatologia depressiva			-.05	.010	-.09 -.01
Paridade			.09	.538	-.21 .40
Estado civil			-.06	.729	-.41 .28
Idade			.01	.327	-.01 .04
Sintomatologia depressiva x paridade			.00	.915	-.06 .07

Nota. N = 114.

* p < .001

Tabela 12

O papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a subescala dinâmica

	R(R ²)	F	β	p	IC 95%
Dinâmica	.38 (.14)	3.77		<.001*	
Sintomatologia depressiva			-.08	.001	-.14 -.03
Paridade			.39	.063	-.02 .80
Estado civil			.08	.703	-.37 .55
Idade			-.00	.655	-.04 .02
Sintomatologia depressiva x paridade			-.00	.865	-.10 .08

Nota. N = 114.

* p < .001

Discussão

Este estudo procurou analisar: (1) a associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP em mulheres durante a gravidez; (2) o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP.

Os resultados demonstram que existe uma associação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e o FRP e entre a sintomatologia depressiva e a subescala dinâmica, que engloba o interesse e curiosidade no estado mental da criança, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos anteriores (Fischer-Kern et al., 2013; Cárdenas et al., 2022). Isto pode ser explicado pelo impacto negativo que a sintomatologia depressiva tem nas capacidades cognitivas e, conseqüentemente, nas capacidades de funcionamento reflexivo da mãe (Fischer-Kern et al., 2013; Lemma et al., 2010). A falta de energia e de motivação conseqüentes da sintomatologia depressiva durante a gravidez também podem influenciar negativamente o envolvimento da mãe na preparação para a parentalidade. O foco nas suas próprias emoções derivado da sintomatologia depressiva também pode ser explicativo da redução no interesse e curiosidade no estado mental da criança e nos níveis de FRP.

Os resultados demonstram ainda que existe uma associação entre o estado civil e a subescala refletividade. De tanto quanto sabemos, não existem estudos que procuraram analisar esta associação, no entanto, numa fase da vida que envolve a formação de uma nova identidade por parte dos pais (Cowan et al., 1985), é possível o suporte social de um parceiro impacte o bem-estar da mulher grávida e aumente os seus níveis de FRP.

Por último, os resultados demonstram que a paridade não modera a relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP. De tanto quanto sabemos, não existem estudos que procuraram analisar o papel moderador da paridade nesta associação. Sabemos, no entanto, que tanto a sintomatologia depressiva como a ansiosa tendem a ser mais prevalentes em mulheres múltiparas (Figueiredo et al., 2011; Loo et al., 2018), contudo, existe uma grande variabilidade de resultados relativamente à influência da paridade nestas sintomatologias (Biaggi et al., 2016). Sabemos ainda que os níveis de FRP tendem a ser mais elevados em mulheres primíparas comparativamente a mulheres múltiparas (Pajulo et al., 2015). É possível que a paridade não modere a associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP na mulher grávida devido ao peso que os fatores emocionais têm na transição para a parentalidade, podendo não ser tão impactados por fatores contextuais como a paridade.

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

Apesar de não ter sido verificada uma associação entre a sintomatologia ansiosa e o FRP, é importante referir que a EPDS inclui dois itens relacionados com a sintomatologia ansiosa (e.g., “Tenho estado nervosa ou preocupada sem motivo”; “Tenho-me sentido com medo ou muito assustada sem grande motivo”). De acordo com Hughes et al. (2016), não só a sintomatologia depressiva como também a ansiosa podem dificultar a capacidade da mãe compreender o estado mental interno da criança (Hughes et al., 2016), o que está diretamente relacionado com o FRP. A presença de preocupações na mulher grávida associadas à gravidez pode ser um fator explicativo da redução dos níveis de FRP, podendo dificultar a capacidade da mãe pensar sobre as experiências futuras que pode vir a ter com o bebé, no entanto, seria necessário estudar mais esta hipótese.

Pontos fortes e limitações

Como ponto forte, podemos considerar que este estudo procurou analisar a associação entre a sintomatologia ansiosa e o FRP em mulheres grávidas, bem como o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP, algo que, de tanto quanto sabemos, não foi previamente analisado.

Como limitações do estudo, podemos considerar o seu *design* transversal. Uma vez que o estudo se realiza somente num momento, não se consegue estabelecer uma causalidade entre a sintomatologia depressiva e o FRP. É ainda importante mencionar a utilização do questionário de funcionamento reflexivo parental pré-natal uma vez que é um instrumento cuja versão portuguesa se encontra em preparação e que na nossa amostra apresentou uma consistência interna $<.70$ (*alpha* de Cronbach = .65).

Implicações para a prática e investigação

Estudos futuros devem procurar testar a causa e efeito entre a sintomatologia depressiva e o FRP num estudo longitudinal. Devem ainda procurar estudar a associação entre o estado civil e o FRP para perceber o impacto que o suporte do parceiro durante a gravidez tem no FRP da mulher e que investimentos é que o casal pode fazer para melhorar o funcionamento reflexivo. Isto pode incluir a participação conjunta em cursos de preparação para o parto, bem como discutir papéis parentais após o parto, o que pode ser importante para o bem-estar da mulher grávida e para o aumento dos seus níveis de FRP.

Conclusão

Este estudo apresenta um avanço na literatura sobre a saúde mental no período pré-natal, tendo estudado o papel moderador da paridade na associação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e o FRP, algo que, de tanto quanto sabemos, não fora estudado anteriormente. A sintomatologia ansiosa no período pré-natal também tem sido pouco estudada comparativamente à sintomatologia depressiva, e mais verdade ainda na associação com o FRP, tendo este estudo contribuído para procurar preencher a respetiva falta de literatura.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative Incidence of Depression in Women and Men, During Pregnancy and after Childbirth. *British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.30>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Biaggio, A. M., Natalicio, L., & Spielberger, C. D. (1976). The development and validation of an experimental Portuguese form of the State-Trait anxiety inventory. *Cross-Cultural Research on Anxiety*, 29–40.
- Brockington, I., MacDonald, E. L., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 253–263. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0134-z>
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Cárdenas, E. F., Kujawa, A., Letterie, M., & Humphreys, K. L. (2022). A preliminary test of a brief online intervention for enhancing parental reflective function and the role of parental depressive symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02330-0>
- Costa, E. C. V., Castanheira, E., Moreira, L., Correia, P. L., Ribeiro, D., & Pereira, M. G. (2017). Predictors of emotional distress in pregnant women: the mediating role of relationship intimacy. *Journal of Mental Health*, *29*(2), 152–160. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417545>
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-boles, H., & Boles, A. J., 3rd (1985). Transitions to parenthood: his, hers, and theirs. *Journal of family issues*, *6*(4), 451–481. <https://doi.org/10.1177/019251385006004004>

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cutrona, C. E. (1982). Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, *2*(4), 487–503. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(82\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(82)90026-5)
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, *132*(1–2), 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, *10*(3), 103–109. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0178-8>
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Blüml, V., & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *Journal of Nervous Mental Disease*, *201*(3), 202–207. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182845c0a>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd Ed.). The Guilford Press.
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, *19*(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Hughes, C., Aldercotte, A., & Foley, S. (2016). Maternal mind-mindedness provides a buffer for pre-adolescents at risk for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*(2), 225–235. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0165-5>
- Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Simas, T. a. M., Frieder, A., Hackley, B., Indman, P., Raines, C., Semenuk, K., Wisner, K. L., & Lemieux, L. A. (2017). Consensus bundle on maternal mental health. *Obstetrics & Gynecology*, *129*(3), 422–430. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001902>

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic interpersonal therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329–346. <https://doi.org/10.1080/02668734.2010.513547>
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2018). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, 12(5), e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Maia, B., Marques, M., Bos, S., Pereira, A., Soares, M., Valente, J., Macedo, A., & De Azevedo, M. H. P. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: Categorical and dimensional approach. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*, 24 Suppl 2, 443–448. <https://doaj.org/article/a859e6a6856b40d8ada2985db00acb9c>
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLOS ONE*, 14(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Mesquita, A., Costa, R., Bina, R., Cadarso-Suárez, C., Gude, F., Díaz-Louza, C., Dikmen-Yildiz, P., Osorio, A., Mateus, V., Domínguez-Salas, S., Voursora, E., Levy, D., Alfayumi-Zeadna, S., Wilson, C. A., Contreras-García, Y., Carrasco-Portiño, M., Saldivia, S., Christoforou, A., Hadjigeorgiou, E., Felice, E., ... Motrico, E. (2023). A cross-country study on the impact of governmental responses to the COVID-19 pandemic on perinatal mental health. *Scientific reports*, 13(1), 2805. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29300-w>
- Muyiduli, X., Wang, S., Mo, M., Shen, Y., Shao, B., Li, M., & Yu, Y. (2020). Changing patterns of prenatal depression and anxiety status in different trimesters and modified form of Zung scales for pregnant women. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(4), 367–374. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1828930>
- Pajulo, M., Tolvanen, M., Karlsson, L., Halme-Chowdhury, E., Öst, C., Luyten, P., Mayes, L., & Karlsson, H. (2015). The prenatal parental reflective functioning questionnaire: Exploring factor structure and construct validity of a new measure in the finn brain birth cohort pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 399–414. <https://doi.org/10.1002/imhj.21523>

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

- Pajulo, M., Tolvanen, M., Pyykkönen, N., Karlsson, L., Mayes, L. C., & Karlsson, H. (2018). Exploring parental mentalization in postnatal phase with a self-report questionnaire (PRFQ): Factor structure, gender differences and association with sociodemographic factors. The finn brain birth cohort study. *Psychiatry Research-neuroimaging*, *262*, 431–439. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.020>
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, *35*(3), 263–273. <https://doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Pinto, T., Jongenelen, I., Lamela, D., Pasion, R., Morais, A., & Costa, R. (2023). Childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms and mother–infant neurophysiological and behavioral co-regulation during dyadic interaction: study protocol. *BMC Psychology*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01070-0>
- Raphaël-Leff, J. (1985). Facilitators and regulators, participators and renouncers: Mothers' and fathers' orientations towards pregnancy and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *4*(3), 169–184. <https://doi.org/10.3109/01674828509019581>
- Raphaël-Leff, J. (1991). Psychological processes of childbearing. London: Chapman & Hall.
- Sadler, L. S., Novick, G., & Meadows-Oliver, M. (2016). “Having a baby changes everything” reflective functioning in pregnant adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, *31*(3), e219–e231. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.011>
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., & Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychologist*, *73*(9), 1190–1200. <https://doi.org/10.1037/amp0000376>
- Silva, V., Ferreira, C., Basílio, A., Ferreira, A. B., Maia, B., & Miguelote, R. (2019). Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, *68*(2), 65–71. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000229>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory. *Consulting Psychologists Press*.

Filipe Sieberger, Sintomatologia depressiva e ansiosa e funcionamento reflexivo parental em mulheres durante a gravidez.

- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders*, *119*(1-3), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish Journal of Psychology*, *17*(7), 1–9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7>
- Truijens, S. E. M., Spek, V., van Son, M. J. M., Guid Oei, S., & Pop, V. J. M. (2017). Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(4), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0738-5>
- van de Loo, K. F. E., Vlenterie, R., Nikkels, S. J., Merkus, P. J. F. M., Roukema, J., Verhaak, C. M., Roeleveld, N., & van Gelder, M. M. H. J. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*, *45*(4), 478–489. <https://doi.org/10.1111/birt.12343>
- Vieira, F. P., Reis, J. M., Figueiredo, P. R., Lopes, P., Nascimento, M. J., Marques, C., & Da Silva, P. C. (2022). Depression among portuguese pregnant women during COVID-19 lockdown: A cross sectional study. *Maternal and Child Health Journal*, *26*(9), 1779–1789. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03466-7>
- Vismara, L., Sechi, C., & Lucarelli, L. (2021). Reflective function in first-time mothers and fathers: Association with infant temperament and parenting stress. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(1), 100147. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100147>
- Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal–fetal relationships are not attachment, what are they? *Archives of Women's Mental Health*, *13*(5), 449–451. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0152-8>

Anexos

Figura 1

Mapa empírico

