



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Centro Universitário de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**SINTOMAS DE PERTURBAÇÃO DE STRESS
PÓSTRAUMÁTICO RELACIONADOS COM O
NASCIMENTO DO BEBÉ E SATISFAÇÃO
CONJUGAL EM MULHERES NO PERÍODO APÓS O
PARTO: O PAPEL DAS ORIENTAÇÕES DA
VINCULAÇÃO NA IDADE ADULTA**

**Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Tiago Pinto**

CRISTIANA FILIPA FUNCHEIRA LIMA

www.ulusofona.pt

2024

Centro Universitário de Lisboa
Escola de Psicologia e Ciências da Vida
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**SINTOMAS DE PERTURBAÇÃO DE STRESS
PÓSTRAUMÁTICO RELACIONADOS COM O
NASCIMENTO DO BEBÉ E SATISFAÇÃO
CONJUGAL EM MULHERES NO PERÍODO APÓS O
PARTO: O PAPEL DAS ORIENTAÇÕES DA
VINCULAÇÃO NA IDADE ADULTA**

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade
Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 21/02
2024, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação
n.º 462 de 2024, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar

Vogais: Prof. Doutor Bruno Faustino (Centro
Universitário de Lisboa) – arguente

Orientador: Prof.º Doutor Tiago Pinto

CRISTIANA FILIPA FUNCHEIRA LIMA

2024

Tese dedicada ao meu companheiro e família. Obrigada. Por tudo.

Agradecimentos

À pessoa que tem estado comigo quase 24/7. Tens sido uma constante força, uma fonte de motivação, colocando sempre o meu caminho académico como a prioridade. Na frente de qualquer espaço de tempo que seria nosso e passou a ser só meu. Que continues a ter essa força de aprender mais e motivar os outros a fazerem-no também. Obrigada, de coração.

Aos meus pais, que no meio de tanta dificuldade nunca deixaram de me encorajar. Que perante pedras e buracos no caminho, tentaram sempre não demonstrar que isso poderia ser um impedimento. Nunca esquecerei o meu primeiro dia a explorar este sonho de estudar psicologia. Estávamos nós em Faro. Nunca esquecerei a imagem de vos ver a acenar, de longe, enquanto o carro ia saindo devagar daquele campus, onde eu iria ficar, na altura sem saber, pouco tempo. Hoje termino este percurso, em Lisboa, junto de vocês. Obrigada.

À Soraia. Obrigada pelo suporte durante este último ano. Quando vi o teu nome na lista de turma senti um enorme alívio. Uma cara conhecida. Não somos de todo as pessoas mais próximas uma da outra, mas sei que no fundo sempre soubemos que estaríamos aqui, uma para a outra, nesta batalha. Nem que fosse para uma simples mensagem: “Como está a correr?”. Obrigada por “ouvires” as minhas lágrimas e desespero, quando tudo parecia complicar. Que a vida te continue a sorrir e que tu continues a sorrir de volta. Obrigada.

Aos professores, professoras e colegas que me foram acompanhando ao longo destes anos. Professoras e professores que foram uma referência e inspiração. Neste percurso académico, que já é longo depois de duas licenciaturas e um mestrado, é com muito gosto que relembro alguns nomes que se foram cruzando neste meu longo caminho. De Faro a Lisboa, são ainda alguns os nomes que continuo a guardar com carinho. Que esses nomes continuem a ficar na memória dos alunos que se vão cruzando no seu caminho. Que procurem sempre que o vosso nome seja lembrado com um sorriso. Obrigada.

Este trabalho foi parcialmente financiado pela Foundation for Science and Technology—FCT (Portuguese Ministry of Science, Technology and Higher Education), sobre as subvenções HEI-LAB (UIDB/05380/2020 e (2022.01825.PTDC).

Resumo

O parto é um momento que marca a transição para a parentalidade. Quando este momento é vivido de forma negativa, pode promover o desenvolvimento de sintomas de PSPT, relacionados com o nascimento do bebé, e consequentemente impactar a satisfação conjugal. É importante compreender se a vinculação na idade adulta poderá moderar esta associação. A amostra foi composta por 165 mães no segundo mês após o parto, recrutadas em hospitais centrais no Porto e Lisboa. As mães preencheram online o questionário sociodemográfico e os instrumentos para avaliar a os sintomas de PSPT, a satisfação conjugal e as orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta. Os resultados revelaram que os sintomas de PSPT, nomeadamente negatividade, hiperativação e dissociação estavam negativamente associados à satisfação conjugal, e que as orientações da vinculação na idade adulta não moderam a relação entre os sintomas de PSPT e a satisfação conjugal. Existe uma associação negativa entre as orientações da vinculação na idade adulta e a satisfação conjugal, resultando em níveis mais baixos na satisfação conjugal, quando existem níveis elevados nas orientações indicadas. Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros que considerem as orientações da vinculação na idade adulta como mediador. Palavras-chave: sintomas de PSPT relacionados com o parto; satisfação conjugal; vinculação na idade adulta.

Abstract

Childbirth is a moment that marks the transition to parenthood. When this moment is experienced negatively, it can promote the development of PTSD symptoms related to the birth of the baby, and consequently impact marital satisfaction. It is important to understand whether attachment in adulthood can moderate this association. The sample consisted of 165 mothers in the second month after childbirth, recruited from central hospitals in Porto and Lisbon. The mothers completed an online sociodemographic questionnaire and instruments to assess PTSD symptoms, marital satisfaction and the avoidance and anxiety orientations of attachment in adulthood. The results showed that PTSD symptoms, namely negativity, hyperactivation and dissociation, were negatively associated with marital satisfaction, and that attachment orientations in adulthood did not moderate the relationship between PTSD symptoms and marital satisfaction. It was revealed that there is a negative association between attachment orientations in adulthood and marital satisfaction, meaning that higher levels on

these orientations will lead to lower levels of marital satisfaction. It is suggested that future studies be developed that consider attachment orientations in adulthood as a mediator.

Keywords: PTSD symptoms related to childbirth; marital satisfaction; adult attachment.

Índice

Introdução	10
Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé	10
Satisfação conjugal	11
Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e satisfação conjugal	12
Vinculação na idade adulta e satisfação conjugal	12
Pertinência do estudo	15
Objetivos e hipóteses	15
Método	17
Participantes	17
Procedimentos	20
Procedimento estatístico	21
Instrumentos	22
Características sociodemográficas e informação obstétrica	22
Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé	22
Satisfação Conjugal	23
Dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta	24
Resultados	24
Análises descritivas	24
Análises preliminares	25
Análise de regressão com as variáveis do estudo e covariáveis	27
Associação entre as dimensões Evitamento e Ansiedade da vinculação na idade adulta e satisfação conjugal	29
Papel das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta na relação entre sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal	33
Discussão	36
Limitações	38
Implicações	39
Referências bibliográficas	42

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos, Obstétricos e de Saúde Mental.....	17
Tabela 2 - Variáveis e Instrumentos Usados no Estudo.....	22
Tabela 3 - Análise Descritiva das Variáveis do Estudo.....	25
Tabela 4 - Associação entre Sintomas de PSPT Relacionados com o Parto e Satisfação Conjugal, ajustando para as Variáveis de Controlo.....	29
Tabela 5 - Associação entre as Dimensões Evitamento e Ansiedade da Vinculação da Idade Adulta e Satisfação Conjugal, ajustando para as Variáveis de Controlo (N = 142).....	32
Tabela 6 - O papel moderador das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta na relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê e a satisfação conjugal (N = 154).....	34

Introdução

O parto é um dos momentos que marca a transição para a parentalidade. Este momento pode marcar a concretização de um desejo social, podendo ser um momento positivo para o casal (Brajša-Zganec, 2023). Quando a experiência de parto é negativa pode levar a trauma de parto e ao desenvolvimento de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) relacionados com o nascimento do bebê. Este momento pode colocar em risco a saúde quer da gestante quer do bebê, considerando os possíveis riscos de mortalidade e morbilidade (Rodríguez-Almagro et al., 2019).

Esta transição poderá ainda permitir uma transformação em relação ao autoconceito, aos papéis sociais e às rotinas, considerando a chegada de diferentes responsabilidades e papéis (Saxbe et al., 2018).

Tomando em consideração a diversificação de fatores que poderão se associar à satisfação conjugal, foi considerado para o presente estudo o estudo da associação entre os sintomas de PSPT e a satisfação conjugal, analisando ainda o possível papel moderador da vinculação na idade adulta.

Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê

Segundo Beck (2004), o parto traumático é definido como “evento que ocorre durante o trabalho de parto que envolve reais ou potenciais riscos de ferimento ou morte para a mãe ou para o bebê” (p. 28).

A PSPT é uma perturbação mental que pode ocorrer após a exposição a um evento traumático extremo, como violência, ameaça à vida ou situações de guerra. Indivíduos com sintomas de PSPT poderão experienciar flashbacks, evitamento, hiperativação, sintomas de ansiedade e depressão, pensamentos e emoções negativos, sintomas físicos como problemas gastrointestinais e alterações de humor (APA, 2013). O parto tem sido associado a um momento possivelmente traumático. Entre 1,5% e 6% das mulheres experienciam PSPT relacionada com o nascimento do bebê (Andersen et al., 2012). Num estudo mais recente, verifica-se uma prevalência estimada de 4.7% de mulheres com PSPT associada ao nascimento do bebê (Sielegheem et al., 2022). Modarres et al., (2012) verificaram, através de uma amostra de 400 mulheres, que 54,5% tiveram pelo menos uma experiência de parto traumático, sendo que destas, 20% experienciaram PSPT relacionada com o nascimento do bebê.

Existem fatores que colocam a mulher numa posição suscetível ao desenvolvimento PSPT relacionada com o nascimento do bebê, como a experiência de um parto

instrumentalizado, cesariana de emergência, complicações no pré-parto, sentir-se desrespeitada durante o pré-parto e o parto, sentir perda de controlo, problemas de saúde mental prévios, episiotomia, complicações no pós-parto, a forte dor durante o parto, e ainda quando se é primípara (e.g., Adewuya et al., 2006; Andersen et al., 2012; Beck, 2009; Rodríguez-Almagro et al., 2019; Stramrood et al., 2011; Zambaldi et al., 2009).

Esta experiência pode trazer desafios para a díade, como a diminuição da intimidade e das relações sexuais, podendo impactar negativamente a satisfação conjugal (O'Malley et al., 2022).

Satisfação conjugal

A satisfação conjugal diz respeito à avaliação subjetiva acerca do grau com que as necessidades, expectativas e desejos são correspondidas pelo parceiro (Bahr et al., 1983). Segundo a revisão bibliográfica de Tavakol et al. (2017) os autores consideraram que a satisfação conjugal poderá ser influenciada por fatores sociodemográficos (e.g., idade, nível de escolaridade, estatuto económico familiar) e por acontecimentos como a transição para a parentalidade. Pode ainda ser influenciada por atributos pessoais e estilos de vinculação, pela comunicação e intimidade, família alargada, perdão e sacrifício, religião, inteligência emocional, saúde, e ainda a atividade sexual. Esta conclusão baseou-se na revisão de resultados de vários estudos, tendo sido elaborado por Tavakol et al. (2017) um diagrama explicativo sobre os potenciais preditores da satisfação conjugal, anteriormente referidos.

A transição para a parentalidade proporciona diversas alterações e desafios ao longo do tempo, estando associada ao declínio da satisfação conjugal (e.g., Cast, 2004; Cowan & Cowan, 1995; Delicate et al., 2018; Lévesque et al., 2019; Linville et al., 2010; Murta et al., 2012). Esta transição pode promover níveis mais elevados de stress, podendo determinar a longevidade e a qualidade da satisfação conjugal (Hirschberger et al., 2009). Este declínio pode ainda ter como consequência a separação do casal (Hirschberger et al., 2009).

Quanto maiores as semelhanças nas atitudes e expectativas em relação à parentalidade, na díade de casal, maior a satisfação conjugal (e.g., Harwood et al., 2007; Lawrence et al., 2007; Ruble et al., 1988). Quando as expectativas não são confirmadas, pode haver uma maior dificuldade de adaptação à parentalidade (Harwood et al., 2007).

Apesar dos grandes desafios que são colocados à díade aquando da transição para a parentalidade, nem todos os casais experienciam declínio na sua satisfação conjugal. Importa assim perceber quais os fatores que poderão contribuir para que tal aconteça. Como exemplo, os estilos de vinculação podem contribuir para explicar a variabilidade na satisfação conjugal,

durante a transição para a parentalidade (e.g., Doss & Rhoades, 2017; Simpson & Rholes, 2017).

Zare et al., (2014), validaram a associação negativa entre as variáveis stress, ansiedade e depressão e a satisfação conjugal. Quanto maiores os níveis de stress, ansiedade e depressão, menores os níveis de satisfação conjugal. A depressão encontra-se associada à insatisfação com a relação conjugal (Reshef et al., 2023). Considerado os resultados obtidos, poderemos considerar que a satisfação conjugal poderá ser impactada por preditores associados à saúde mental.

Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e satisfação conjugal

Os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé tem vindo a ser associados a menor satisfação conjugal (e.g., Elmir et al., 2010; Garthus-Niegel et al., 2018; O'Malley et al., 2022). Os resultados do estudo de Garthus-Niegel et al., (2018) revelaram uma associação negativa entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé, de depressão e a satisfação conjugal.

Delicate et al., (2017) através de uma revisão sistemática da literatura verificaram que os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé impactam a relação do casal, podendo ser identificados fatores como a perceção de ausência de suporte, perda de intimidade e de relações sexuais. A diminuição da relação sexual poderá ser resultado da ocorrência de episiotomias e lesões perineais, durante o parto, podendo induzir dispareunia (Moura et al., 2018).

De acordo com a pesquisa realizada à data de submissão deste estudo, verifica-se uma carência de estudos que explorem a associação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal, sendo a maioria dos estudos focada na PSPT em grupos específicos como militares, ex-combatentes, e o impacto na satisfação conjugal.

Vinculação na idade adulta e satisfação conjugal

A vinculação, enquanto sistema comportamental, estará ou não ativa em função da segurança percebida pelo indivíduo. Na presença de elevados níveis de ansiedade (e.g., perceção de perigo, ameaça, medo e *distress*) este sistema é ativado, e na ausência de tais fatores o sistema é desativado (Simpson & Rholes, 2017). O sistema manter-se-á ativo sempre que a perceção de segurança se encontre comprometida (Lamela et al., 2010).

A vinculação na idade adulta é um dos preditores da adaptação à transição para a parentalidade (Doss & Rhoades, 2017), podendo influenciar a satisfação conjugal (e.g., Clout & Brown, 2016; Hirschberger et al., 2009; Lozano et al., 2022; Mikulincer et al., 2002;

Mikulincer & Shaver, 2007).

Bartholomew (1990) desenvolveu um modelo da vinculação na idade adulta, inspirado nos modelos já existentes à data (Anexo I). Esta abordagem é caracterizada por um modelo bidimensional com quatro categorias (Bartholomew & Shaver, 1998). Este modelo caracteriza-se pelas dimensões: positividade em relação a si próprio e positividade em relação ao outro, nomeadamente quando à sua disponibilidade e suporte. Em relação ao estilo evitante a autora propôs que fosse dividido em evitante receoso e evitante desligado. O estilo evitante desligado basear-se-á na positividade em relação à representação de si próprio e na negatividade em relação ao outro. Já a categoria evitante receoso, abarca a dimensão negativa em relação a si próprio e em relação ao outro (Bartholomew & Shaver, 1998).

Uma vinculação segura encontra-se associada a uma maior satisfação conjugal conjugal (Hirschberger et al., 2009). Casais com características de uma vinculação segura apresentam mais satisfação conjugal, em comparação com casais em que ambos têm vinculação insegura (Velotti et al., 2011).

Os estudos que exploram a associação entre as orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta e a satisfação conjugal ou com a relação, têm vindo a confirmar a existência de uma associação negativa (e.g., Candel & Turliuc, 2019; Nadiri & Khalatbari, 2018). De acordo com Candel e Turliuc (2019), níveis elevados nas orientações evitamento e ansiedade da vinculação da idade adulta associam-se a baixos níveis de satisfação com a relação. Os autores consideram que estes resultados poderão estar associados ao facto de que indivíduos inseguros tendem a percecionar as situações com maior negatividade, podendo esta perceção também afetar a forma como a pessoa avalia a sua satisfação na relação com o parceiro. Candel e Turlic (2019) referem ainda que indivíduos com níveis mais ansiosos, tendem a pensar demasiado sobre o comportamento dos seus companheiros, sentindo-se inseguros sobre o que o parceiro sente por eles.

A orientação evitamento da vinculação na idade adulta encontra-se negativamente associada à satisfação conjugal da mulher no período após o parto (Gingras et al., 2021). Esta orientação relaciona-se com a presença de desconfiança e dificuldade na regulação de stress e emoções negativas (Mikulincer & Shaver, 2016). Aquando da confrontação com este desafio da transição para a parentalidade, a sua perceção quanto à relação conjugal, poderá ser influenciada negativamente pela presença de uma orientação evitante da vinculação (Pedro et al., 2015).

A perceção negativa da mulher relativamente ao suporte prestado pelo companheiro e a insatisfação com o suporte do companheiro, tem sido consistentemente documentada em estudos prévios (para uma revisão, ver Mikulincer & Shaver, 2016).

Pertinência do estudo

O presente estudo empírico pretende analisar a associação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal. Pretende também compreender de que forma a vinculação insegura na idade adulta, na sua forma bidimensional – ansiedade e evitamento - poderá moderar a relação entre os sintomas de PSPT e a satisfação conjugal.

O estudo destas associações permite identificar fatores de risco para as mães e a sua satisfação conjugal, quando desenvolvidos sintomas de PSPT relacionados com o parto. A identificação destas associações permitirá atuar na prevenção do desenvolvimento destes sintomas e consequente impacto na satisfação conjugal.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada até à data de finalização deste estudo, verificou-se que existe uma carência de estudos recentes que abordem a relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal. Salienta-se ainda a ausência de estudos que tenham estudado os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e sua associação com a satisfação conjugal, avaliando-a através do Questionário de Satisfação Conjugal. A grande parte dos estudos que existem sobre esta temática, acabam por se focar nos sintomas gerais de PSPT e não nos sintomas específicos.

Considerando a escassez de estudos que se foquem nos sintomas específicos da PSPT e a associação com a satisfação conjugal, pretende-se, com o presente estudo, contribuir para o conhecimento sobre a relação entre estas variáveis.

A escolha da vinculação na idade adulta como possível variável moderadora, surge no seguimento de se verificar que diferentes estilos de vinculação poderão impactar na satisfação conjugal como verificamos. Considerando os estudos verificados, verifica-se que a vinculação na idade adulta poderá ser uma variável que irá influenciar a relação entre os sintomas de PSPT e a satisfação conjugal, sendo por isso mesmo considerada como variável moderadora, uma vez que não se pretende identificar uma razão para a existência de uma associação entre os sintomas de PSPT e a satisfação conjugal.

Objetivos e hipóteses

O presente estudo teve como objetivos explorar (1) a associação entre a sintomas de PSPT relacionados com o parto e a satisfação conjugal em mulheres no período após o parto e

(2) o papel moderador das orientações da vinculação adulta (evitamento e ansiedade) na associação entre sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal em mulheres no período após o parto (Anexo II).

Tendo em conta a revisão da literatura, definiram-se as seguintes hipóteses:

1. Níveis mais elevados de sintomas de PSPT associados ao nascimento do bebé associam-se a menores níveis de satisfação conjugal;
2. As dimensões de ansiedade e evitamento da vinculação na idade adulta moderam a associação entre sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal.

Método

Participantes

O estudo é composto por uma amostra de 165 mulheres no período após o parto (6-12 semanas), com idades entre os 20 e os 45 anos ($M = 33.50$, $DP = 5.39$).

Mais de metade da amostra tem o ensino superior ($N = 108$, 65.5%), vive em união de facto ou são casadas ($N = 126$, 76.4%), reportam que estão no escalão médio, em relação ao seu estatuto socioeconómico ($N = 111$, 67.3%), e que nasceram e vivem Portugal ($N = 137$, 83%).

Sobre os dados obstétricos, relativamente ao último parto, a maioria teve gestação de termo ($N = 150$, 90.9%) e teve 1 filho ($N = 161$, 97.6%) e quanto ao parto com epidural ($N = 149$, 90.3%). O tipo de parto subdividiu-se em parto vaginal ($N = 70$, 42.7%), parto vaginal instrumentalizado ($N = 34$, 20.7%) e cesariana ($N = 60$, 36.5%). Cerca de metade das mães da amostra indica que não teve complicações obstétricas ($N = 92$, 55.8%) e quase metade das mulheres indicam ter tido complicações ligeiras ou graves ($N = 70$, 42.4%). Quando questionadas sobre as complicações com o bebé, mais de metade indicam que não existiram ($N = 128$, 77.6%). Existem 113 mulheres que reportam não terem recebido episiotomia (68.5%) e 112 não experienciaram a execução da manobra de Kristeller (72.1%).

Os dados sobre a saúde mental da amostra indicam que mais de metade reporta não ter diagnóstico prévio de problema psicológico/saúde mental ($N = 127$, 77%) e mais de metade indica não ter diagnóstico atual de problema psicológico/saúde mental ($N = 110$, 81.5%).

Tabela 1

Dados Sociodemográficos, Obstétricos e de Saúde Mental ($N = 165$)

Características	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
Sociodemográficos			
Idade	165		33.50 (5.39)
Estado Civil			
Casada/União de facto	126	76.4	
Vive com o(a) parceiro(a)	35	21.2	
Tem parceiro(a) mas não vivem juntos(as)	4	2.4	

Características		<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
Escolaridade				
	Ensino Secundário completo	56	33.9	
	Ensino Superior	108	65.5	
	<i>Missing</i>	1	0.6	
Estatuto socioeconómico				
	Abaixo da média	10	6.1	
	Na média	111	67.3	
	Acima da média	40	24.2	
	<i>Missing</i>	4	2.4	
Etnia				
	Maioria étnica	142	86.1	
	Minoria étnica	2	1.2	
	<i>Missing</i>	21	12.7	
País onde nasceu vs. nacionalidade				
	Portugal	137	83	
	Outro país	28	17	
Obstétricos ¹				
Número filhos no último parto				
	1 bebé	161	97.6	
	Gémeos	4	2.4	
Prematuridade ²				
	Não	150	90.9	
	Sim	15	9.1	
Paridade (outros filhos)				
	Primipara	86	52.4	
	Multipara	78	47.6	
	<i>Missing</i>	1	0.6	
Tipo de parto				

Características	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
Parto vaginal	70	42.7	
Parto instrumentalizado vaginal	34	20.7	
Cesariana de emergência	25	15.2	
Cesariana eletiva	35	21.3	
<i>Missing</i>	1	0.6	
Anestesia no parto			
Não	7	4.2	
Sim, com epidural	149	90.3	
Sim, com anestesia geral	5	3.0	
Sim, outro tipo	4	2.4	
Episiotomia			
Não	113	73.4	
Sim	41	26.6	
<i>Missing</i>	11	6.7	
Manobra de Kristeller			
Não	119	77.3	
Sim	35	22.7	
<i>Missing</i>	11	6.7	
Complicações obstétricas			
Não	92	55.8	
Sim, ligeiras	55	33.3	
Sim, graves	15	9.1	
<i>Missing</i>	3	1.8	
Complicações com o bebé			
Não	128	77.6	
Sim, ligeiras	26	15.8	
Sim, graves	10	6.1	

Características	<i>n</i>	%	<i>M (DP)</i>
<i>Missing</i>	1	0.6	
Contacto pele a pele			
Não	33	20	
Sim	132	80	
Amamentação exclusiva aos 2 meses do bebé			
Não	74	45.1	
Sim	90	54.9	
<i>Missing</i>	1	0.6	
Saúde mental			
Diagnóstico prévio de problemapsicológico/saúde mental			
Não	127	77	
Sim	36	21.8	
<i>Missing</i>	2	1.2	
Diagnóstico atual de problema psicológico/saúde mental			
Não	110	81.5	
Sim	10	7.4	
<i>Missing</i>	45	11.1	

Notas. ¹dados referentes ao último parto; ²parto ocorrido antes das 37 semanas de gestação.

Procedimentos

O estudo teve como critérios de inclusão: mulheres com mais de 18 anos e que consigam ler e escrever em português. Como critérios de seleção da amostra do presente estudo foram consideradas as mulheres que tenham um(uma) parceiro(a) e que este(a) tenha estado presente no parto, e que tenham preenchido as escalas CSI, City BiTS e ERP.

A amostra foi recolhida no Porto, no Centro Hospitalar de São João e em Lisboa na Maternidade Alfredo da Costa.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusófona do Porto (Ref. RC000121), pelo Centro Hospitalar de São João do Porto (Ref. CES CHUSJ: 279/202) e pela Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa (Ref. 1317/2022). Faz parte de um estudo longitudinal (Pinto et al., 2023) que integra o projeto Intersect – *Internacional Childbirth-related Trauma* (Ref. 2022.01825.PTDC). Este projeto consiste na realização de um estudo sobre as experiências de trauma relacionadas com o parto, providenciando informação respeitante a diversas culturas no que tange à prevalência de sintomas de PSPT.

As mulheres que se encontravam no terceiro trimestre da gravidez foram abordadas pelos investigadores e assinaram um consentimento informado, após aceitação de participação. A participação foi voluntária e sem qualquer recompensa monetária. Para o estudo longitudinal a recolha dos dados ocorreu durante e após a gravidez. O primeiro momento no 3º trimestre da gravidez, o segundo no 1º trimestre após o parto, o 3º momento entre os 6 e 12 meses após o parto. As participantes preencheram um questionário físico, no primeiro momento de avaliação. Para os momentos seguintes foram enviados questionários online.

Os dados para o presente estudo foram recolhidos online, no período pós-parto, entre as 6 e as 12 semanas. Foi enviado através de email a notificação para preenchimento da *Escala City BiTS*, do *Questionário de Satisfação Conjugal* (QSC) e a escala *Experiências nas Relações Próximas* (ERP). Estes foram respondidos através da plataforma online *Qualtrics*. Das 762 mães que aceitaram participar no primeiro momento de avaliação (presencial), 95 desistiram. Aos 2 meses após o parto 485 mães foram contactadas por forma a participarem no segundo momento. À data de extração dos dados 165 (34%) mães tinham respondido aos questionários e escalas online. Este valor simboliza, no presente estudo, uma perda amostral de 66%.

Procedimento estatístico

Para a extração e tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 26 do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). A utilização da estatística descritiva, através da análise de frequências, média e desvio-padrão, permitiu caracterizar e descrever a amostra.

Foi utilizado o teste de correlações de Pearson, permitindo identificar as possíveis associações entre as variáveis em estudo (sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé, satisfação conjugal e orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta).

Foram realizadas análises de variância através da One-Way ANOVA, por forma a serem identificadas as covariáveis associadas à variável dependente, independente e moderadora. Para

efeitos de análise de efeito moderador das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta na relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê e a satisfação conjugal, foi usada a extensão PROCESS do SPSS, desenvolvida por Hayes (2018). Na variação os scores estes foram transformados em scores z (processo automático pelo PROCESS), por forma a normalizar/padronizar os scores, obtendo-se os testes de interação através desta extensão do SPSS.

Para efeitos de significância foi considerado $p \leq .05$.

Instrumentos

Características sociodemográficas e informação obstétrica

Foi utilizado um questionário sociodemográfico, para recolha de informação sociodemográfica, dados obstétricos e informação clínica sobre a saúde mental.

Os dados para a variável independente sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê foram obtidos através da *Escala City BiTS* (Osório et al., 2021). Para a variável dependente satisfação conjugal foi aplicado o Questionário de Satisfação Conjugal (QSC; Lamela et al., 2018). A variável moderadora, com as dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta, foi avaliada através da escala Experiências em Relações Próximas (ERP; Lamela et al., 2018). Sugere-se consulta da tabela 2.

Tabela 2

Variáveis e Instrumentos Usados no Estudo

Variáveis em estudo	Instrumento
Dados demográficos e obstétricos	Questionário sociodemográfico e de informação obstétrica
Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê	<i>Escala City BiTS</i> ¹
Satisfação Conjugal	<i>Questionário de Satisfação Conjugal (QSC)</i> ²
Dimensões Evitamento e Ansiedade da vinculação na idade adulta	<i>Experiências nas Relações Próximas (ERP)</i> ²

Nota. ² versão validada para a população portuguesa.

Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê

A Escala *City BiTS* (Ayers et al., 2018; Osório et al., 2021) foi utilizada no presente estudo para avaliação dos sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé. Esta escala trata-se de um questionário de autorrelato composto por 29 itens. Este questionário foi desenvolvido tomando em consideração os critérios de PSPT presentes no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Dois itens dicotómicos (sim/não) procuram avaliar o critério distress durante trabalho de parto, o nascimento do bebé e imediatamente após (critério A). Um total de 22 itens avaliam a frequência de intrusão, evitamento, cognições negativas e sintomas de hiperestimulação, na última semana. A resposta a cada um dos itens é numa escala de Likert de quatro pontos, variando de 0 (*nunca*) a 3 (*5 ou mais vezes*). Destes 22, 10 correspondem a sintomas relacionados ao nascimento e 12 com sintomas após o nascimento. *Distress*, incapacidade e potencial causa física são avaliadas em 3 questões com respostas entre sim, não e talvez.

Através do somatório dos itens obtêm-se a pontuação final, sendo que pontuações mais altas representam maior gravidade nos sintomas de PTSD relacionados com o nascimento do bebé. O somatório total relativo aos sintomas de PSPT varia entre 0 e 60. Pode ainda ser efetuado o score por subescalas. Para a subescala reexperienciação o total varia entre 0 e 15, sendo composto por 5 questões (Q3 a Q7). Para a subescala evitante o total variará entre 0 e 6, sendo composto por 2 questões (Q8 e Q9). Para a subescala negatividade o total irá variar entre 0 e 21, sendo composto por 7 questões (Q10 a Q16). Para a subescala hiperativação o total irá variar entre 0 e 18, sendo composto por 6 questões (Q17 a Q22). A subescala de Dissociação inclui as questões 23 e 24, o score poderá variar entre 0 e 6 (Ayers et al., 2018).

Na sua versão original a escala total apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.92. Para as subescalas obteve-se 0.88 para intrusão, 0.83 para a negatividade e humor e 0.86 para hiperestimulação. Segundo as autoras, o alfa de *Chronbach* para a subescala ansiedade não foi verificado por ser composta apenas por 2 itens (Ayers et al., 2018). Para o presente estudo foi obtido o alfa de *Cronbach* de 0.89 para a escala total. Para a subescala intrusão obteve-se o alfa de *Cronbach* de 0.78, para a subescala hiperestimulação 0.87, para a subescala negatividade e humor obteve-se .73.

Satisfação Conjugal

A *Couple Satisfaction Index/Questionário de Satisfação Conjugal* (CSI; Funk & Rogge, 2007; QSC; Lamela et al., 2018) foi utilizada para avaliar a satisfação conjugal. A escala é composta por 4 itens. O primeiro item “Por favor, indique o grau de felicidade, com todas as coisas consideradas, do seu relacionamento” pode ser respondido numa escala entre

extremamente infeliz (1) e perfeito (7). O segundo item “Tenho um relacionamento afetuosos e confortável com o/a meu/minha companheiro/a” varia entre nada verdadeiro (1) e completamente verdadeiro (7). Os dois últimos itens “No geral, o quão satisfeita está com o seu relacionamento?” e

“No geral, quanto recompensador é o seu relacionamento com o/a seu/sua companheiro/a?” variam entre nada (1) e completamente (7). O somatório total pode variar entre 4 a 24 pontos, sendo que pontuações mais elevadas indicam mais satisfação conjugal (CSI; Funk & Rogge, 2007). A versão portuguesa da escala apresentou uma consistência interna adequada, com um *alpha de Cronbach* de 0.91 (Lamela et al., 2018) e de 0.98 na sua versão original (CSI; Funk & Rogge, 2007). Para o presente estudo foi obtido alfa de *Cronbach* de 0.81.

Dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta

A *Experience in Close Relationships*/Experiências em Relações Próximas foi utilizada para avaliar a vinculação na idade adulta (ECR; Brennan et al., 1998; ERP; Paiva e Figueiredo, 2010). É uma escala de autorrelato, composta por 36 itens que se distribuem em duas subescalas: evitamento e ansiedade, sendo a primeira composta por 16 itens e a segunda por 18 itens. A versão original apresenta um *alpha de Cronbach* de .91 para a subescala ansiedade e .94 para a subescala evitamento (Brennan et al., 1998).

Os itens 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 e 35 são invertidos. O total para a subescala evitamento é obtido através dos itens ímpares e para a subescala ansiedade através itens cuja numeração corresponde aos números pares. Valores mais elevados em cada uma das subescalas, representa níveis mais elevados de evitamento e/ou ansiedade, em função dos itens correspondentes.

A escala ERP, na sua versão portuguesa, apresenta um *alpha de Cronbach* de 0.86 para a subescala ansiedade e de 0.88 para a subescala evitamento, apresentando desta forma uma consistência interna adequada (Paiva & Figueiredo, 2010). Para o presente estudo foi obtido o alfa de *Cronbach* de 0.92

Resultados

Análises descritivas

Relativamente ao somatório total de sintomas de PSPT obteve-se uma média de 2.84 ($DP = 4.67$). Para a subescala reexperienciação obteve-se uma média de 1.65 ($DP = 2.64$). Para a subescala evitamento obteve-se uma média de .38 ($DP = 1.13$). A subescala hiperativação

obteve uma média de 4.49 ($DP = 3.95$). Para a subescala negatividade obteve-se uma média de 3.18 ($DP = 3.61$). A subescala dissociação obteve uma média de .46 ($DP = 1.23$). Relativamente à satisfação conjugal, de um total máximo possível de 24 pontos, verificou-se que as pontuações máximas obtidas foram de 22 pontos ($M = 16.43$, $DP = 3.61$).

Para subescala ansiedade da vinculação na idade adulta obteve-se uma média de 2.11 ($DP = 0.88$). Para a subescala evitamento da vinculação na idade adulta obteve-se uma média de 3.05 ($DP = 1.07$).

Tabela 3

Análise Descritiva das Variáveis do Estudo

Variáveis	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sintomas de PSPT relacionados com o parto	165	0.00	22.00	2.84	4.67
Reexperienciação	165	0.00	15.00	1.65	2.64
Evitante	165	0.00	6.00	0.38	1.13
Hiperativação	165	0.00	17.00	4.49	3.96
Negatividade	165	0.00	17.00	3.18	3.61
Dissociação	165	0.00	6.00	0.46	1.12
Satisfação Conjugal	165	1.00	21.00	16.43	3.61
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta	160	1.17	5.83	3.05	1.07
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta	160	1.00	5.78	2.11	0.88

Análises preliminares

Na análise de regressões analisaram-se as possíveis covariáveis. Considerando os dados sociodemográficos foi identificada como covariável o grau de ensino, apresentando diferenças estatisticamente significativas com a subescala reexperienciação $F(1,162) = 4.98$, $p = .027$. De acordo com as médias obtidas, verificamos que as mães com níveis mais baixos de ensino, apresentam níveis mais elevados de sintomas de reexperienciação da PSPT, relacionados com o nascimento do bebé ($M = 2.29$).

Relativamente às covariáveis obstétricas verificou-se que as complicações obstétricas se encontram associadas aos sintomas totais de PSPT $F(1,160) = 7.69$, $p = .006$, à subescala reexperienciação da PSPT $F(1,160) = 7.20$, $p = .008$, à subescala evitante da PSPT $F(1,160) = 6.52$, $p = .012$ e à orientação evitamento da vinculação na idade adulta $F(1,155) = 3.98$, p

=.048. Mães que reportaram terem complicações obstétricas, apresentam mais sintomas de reexperienciação ($M = 2.23$) e mais sintomas evitante ($M = 0.63$) da PSPT relacionados com o nascimento do bebê. As mães que reportam não terem tido complicações obstétricas apresentam maiores resultados na orientação evitamento da vinculação na idade adulta ($M = 2.23$).

O tipo de parto apresentou diferenças estatisticamente significativas com os sintomas totais de PSPT $F(1,162) = 15.00, p < .001$, com a subescala reexperienciação da PSPT $F(1,162) = 13.82, p < .001$ e com a subescala evitante da PSPT $F(1,162) = 5.70, p = .018$. As mães que tiveram parto instrumentalizado apresentam níveis mais elevados de reexperienciação ($M = 2.62$) e evitante ($M = 0.64$) da PSPT relacionados com o parto.

A paridade, i.e., se é primípara ou múltipara, apresentou diferenças estatisticamente significativas com a satisfação conjugal $F(1,162) = 4.56, p = .034$ e com a subescala dissociação da PSPT $F(1,162) = 4.07, p = .045$. As mães primíparas apresentam maior satisfação conjugal ($M = 16.99$) e mais sintomas de dissociação da PSPT relacionados com o parto ($M = 0.58$).

A presença da execução da manobra de Kristeller associa-se aos sintomas totais de PSPT $F(1,152) = 4.51, p = .035$, à subescala negatividade da PSPT $F(1,152) = 6.67, p = .011$, à subescala dissociação da PSPT $F(1,152) = 7.26, p = .008$, e ainda às dimensões evitamento $F(1,147) = 5.99, p = .016$ e Ansiedade $F(1,147) = 7.65, p = .006$ da vinculação na idade adulta, apresentando desta forma diferenças estatisticamente significativas. As mães que passaram pela experiência de lhes ser executada a manobra de Kristeller apresentam mais sintomas de PSPT ($M = 4.24$), mais sintomas de negatividade da PSPT ($M = 4.46$), relacionados com o nascimento do bebê. As mães que experienciaram a manobra de Kristeller apresentam níveis mais elevados nas dimensões evitamento ($M = 2.42$) e ansiedade ($M = 3.48$) da vinculação na idade adulta.

Analisando os dados relativos à saúde mental, verifica-se que o diagnóstico prévio de problema psicológico/saúde mental, reportado pela amostra, também é uma importante covariável. Apresenta diferenças estatisticamente significativas com a subescala hiperativação da PSPT $F(1,161) = 7.93, p = .005$, com a subescala negatividade da PSPT $F(1,161) = 14.29, p < .001$, com a subescala dissociação da PSPT $F(1,161) = 23.60, p < .001$ e ainda com a orientação ansiedade da vinculação na idade adulta $F(1,156) = 8.08, p = .005$. Mães que reportam terem diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental apresentam níveis mais elevados na subescala hiperativação ($M = 6.08$), na subescala negatividade ($M = 5.11$) e na subescala ($M = 1.22$) da PSPT relacionados com o nascimento do bebê. As mães que indicarem terem diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental apresentam níveis

mais elevados na orientação ansiedade da vinculação na idade adulta ($M = 3.50$).

Através desta análise verificamos que as covariáveis mais significativas, i.e., as variáveis que mais se associaram às variáveis do estudo foram: manobra de Kristeller (sintomas totais de PSPT, subescalas negatividade e dissociação da PSPT e dimensões Evitamento e Ansiedade da vinculação na idade adulta), complicações obstétricas (sintomas totais de PSPT, subescalas reexperienciação e negatividade da PSPT e orientação evitamento da vinculação na idade adulta), tipo de parto (tomas totais de PSPT, subescalas reexperienciação e orientação evitamento da vinculação na idade adulta), e diagnóstico prévio de problema psicológico ou desáude mental, associado às subescalas hiperativação, negatividade e dissociação da PSPT e à orientação Ansiedade da vinculação na idade adulta (Anexo III).

Análise de regressão com as variáveis do estudo e covariáveis

Dando resposta ao primeiro objetivo relativo à associação entre os sintomas de PSPT associados ao nascimento do bebê e a satisfação conjugal, foi realizada uma análise de regressão múltipla. Os sintomas totais de PSPT foram considerados para análise como preditores no modelo 1, e no modelo 2 foram acrescentados as covariáveis/preditores: paridade, manobra de Kristeller, complicações obstétricas e tipo de parto. Este teste não identifica uma associação significativa entre os sintomas totais de PSPT e a satisfação conjugal. O teste revelou que para o modelo 1, os sintomas totais de PSPT explicam 0.8% da variância na satisfação conjugal, $R^2 = .008$, $F(1,148) = 1.27$, $p = .263$. No modelo 2 continua sem ser significativa, $R^2 = .05$, $F(4,144) = 1.53$, $p = .184$. Analisando o modelo 2 verificamos que a covariável paridade é um forte preditor da satisfação conjugal, $\beta = -0.172$, $t = -2.023$, $p = .045$.

Foram testadas as subescalas dos sintomas de PSPT como predictoras da satisfação conjugal, usando igualmente 2 modelos. Ambos os modelos permitem confirmar que não existem associações, não sendo identificados preditores da variância na satisfação conjugal. Na análise à subescala reexperienciação da PSPT verifica-se que esta explica 1.7% da variância na satisfação conjugal, $R^2 = .017$, $F(1,157) = 2.69$, $p = .103$. O modelo 2 integrou como preditores adicionais a paridade, o nível de escolaridade, as complicações obstétricas e o tipo de parto. Este modelo explica 6.2% da variância na satisfação conjugal, $R^2 = .062$, $F(4,153) = 2.01$, $p = 0.80$.

Para subescala evitamento da PSPT foi realizada a mesma análise com 2 modelos, sendo consideradas como preditores adicionais as complicações obstétricas, o tipo de parto e a paridade. O modelo 1, integrando a subescala evitamento da PSPT como preditor da satisfação conjugal, não identifica associação entre as variáveis, $R^2 = .000$, $F(1,158) = 0.060$,

$p = .807$. O modelo 2 indica-nos que 3.5% da variância na satisfação conjugal é explicada pelos preditores anteriormente enunciados, $R^2 = .035$, $F(3,155)$, $p = .233$. Ao analisar os resultados por preditor, verificamos que a paridade é um forte preditor da satisfação conjugal, $\beta = -0.179$, $t = -2.187$, $p = .030$, a variância na satisfação conjugal tem como preditor o número de filhos, i.e., quando as mulheres têm filhos para além do último parto, a satisfação conjugal é negativamente impactada.

Dois modelos foram usados para analisar a subescala hiperativação da PSPT como preditora da variância na satisfação conjugal, sendo adicionados como preditos no segundo modelo a paridade e o diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental. O modelo 1, integrando a subescala hiperativação da PSPT como preditor da satisfação conjugal, permite verificar que 6.2% da variância na satisfação conjugal é explicada por este preditor, $R^2 = .062$, $F(1,160) = 10.509$, $p = .001$. O modelo 2 com os preditores subescala de hiperativação da PSPT, paridade e diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental explica 9.6% da variância na satisfação conjugal, $R^2 = .096$, $F(3,158) = 5.604$, $p = .052$. Quer no modelo 1, $\beta = -0.248$, $t = -3.242$, $p = .001$, quer no modelo 2, $\beta = -0.237$, $t = -3.079$, $p = .002$, a subescala hiperativação da PSPT é um forte preditor na associação com a variável dependente satisfação conjugal. Ainda no modelo 2, a paridade é identificada como forte preditora da satisfação conjugal $\beta = -0.181$, $t = -2.367$, $p = .019$.

A subescala negatividade igualmente analisada em 2 modelos, como preditora da satisfação conjugal. No modelo 2 foram adicionados como preditores a execução da manobra de Kristeller, a paridade, o diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental e a idade. O teste revelou que para o modelo 1 a subescala negatividade explica 2.9% da variância na satisfação conjugal, $R^2 = .029$, $F(1,150) = 4.444$, $p = .037$. Para o modelo 2 o teste revelou que 9.1% da variância da satisfação conjugal é explicada pelos preditores subescala de negatividade, manobra de Kristeller, paridade, diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental e idade, $R^2 = .091$, $F(5,146) = 2.910$, $p = .016$. No modelo 1 foi verificado que a subescala negatividade é um forte preditor da satisfação conjugal, $\beta = -0.170$, $t = -2.108$, $p = .037$, assim como no modelo 2, $\beta = -0.183$, $t = -2.112$, $p = .036$. Também no modelo 2 verificamos que a paridade é um forte preditor da satisfação conjugal, $\beta = -0.183$, $t = -2.208$, $p = .029$.

No teste com a subescala dissociação, foram adicionados ao modelo 2 os preditores: manobra de Kristeller, paridade e diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental.

O teste revelou que 3.3% da variância nos níveis de satisfação conjugal é explicada pela subescala dissociação, $R^2 = .033$, $F(1,150) = 5.157$, $p = .025$ no modelo 1, e 7.9% da variância na satisfação conjugal é explicada pelos preditores previamente indicados, $R^2 = .079$, $F(4,147) = 3.174$, $p = .065$. No modelo 1 verificamos que a subescala dissociação é um forte preditor da satisfação conjugal $\beta = -0.182$, $t = -2.271$, $p = .025$, tornando-se marginal no modelo 2 $\beta = -0.172$, $t = -1.979$, $p = .050$. Foi relevado como forte preditor da satisfação conjugal, no modelo 2, a paridade, $\beta = -0.205$, $t = -2.545$, $p = .012$ (tabela 4).

Tabela 4

Associação entre Sintomas de PSPT Relacionados com o Parto e Satisfação Conjugal

Associação dos sintomas de PTSD com a satisfação conjugal	R^2	F	β	p	95% IC	
					LI	LS
Modelo 1 ¹	.008	1.265				
Sintomas de PSPT relacionados com o parto			-.092	.263	-0.196	0.054
Modelo 2 ¹	.050	1.530				
Sintomas de PSPT relacionados com o parto			-.062	.483	-0.182	0.086
Complicações maternas			-.068	.424	-1.715	0.725
Manobra de Kristeller			-.095	.260	-2.247	0.611
Tipo de parto			-.011	.897	-1.249	1.424
Paridade			-.127	.045*	-2.468	-.029
Modelo 1 ²	.017	2.693				
Reexperienciação			-.130	.103	-0.408	0.038
Modelo 2 ²	.062	2.012				
Reexperienciação			-.139	.097	-0.434	0.038
Complicações maternas			-.023	.774	-1.350	1.006
Tipo de parto			-.009	.916	-1.192	1.327

Associação dos sintomas de PTSD com a satisfação conjugal		R^2	F	β	p	95% IC	
						LI	LS
Paridade				-.173	.034*	-2.428	.094
Nível de escolaridade				-.121	.127	-2.154	0.271
Modelo 1 ³		.000	0.060				
Evitante				-.020	.807	-0.562	0.438
Modelo 2 ³		.035	1.410				
Evitante				.005	.950	-0.499	0.532
Complicações maternas				-.056	.492	-1.583	0.764
Tipo de parto				-.019	.819	-1.405	1.113
Paridade				-.179	.030*	-2.482	.0126
Modelo 1 ⁴		.062	10.509				
Hiperativação				-.248	.001*	-0.372	.0090
Modelo 2 ⁴		.096	5.604				
Hiperativação				-.237	.002*	-0.363	.0079
Paridade				-.181	.019*	-2.404	.0217
Diagnóstico prévio de problema psicológico ou de saúde mental				-.076	.330	-2.022	0.683
Modelo 1 ⁵		.029	4.444				
Negatividade				-.170	.037*	-0.328	-0.11
Modelo 2 ⁵		.091	2.910				
Negatividade				-.183	.036*	-0.353	.0012
Manobra de Kristeller				-.080	.327	-2.054	0.689
Paridade				-.183	.029*	-2.500	.0138

Associação dos sintomas de PTSD com a satisfação conjugal	R^2	F	β	p	95% IC	
					LI	LS
Diagnóstico prévio de problema psicológico/saúde mental			-.076	.367	-2.167	0.806
Idade			-.118	.158	-0.185	.030
Modelo 1 ⁶	.033	5.157				
Dissociação			-.182	.025*	-1.163	.081
Modelo 2 ⁶	.079	3.174				
Dissociação			-.172	.050	-1.171	.001
Manobra de Kristeller			-.066	.418	-1.933	0.806
Paridade			-.205	.012*	-2.628	.033
Diagnóstico prévio de problema psicológico/saúde mental			-.080	.352	-2.213	0.792

Nota. VD = satisfação conjugal; IC = intervalo de confiança; LI = Limite inferior; LS = limite superior.

¹N = 150; ²N = 159; ³N = 160; ⁴N = 162; ⁵N = 152.

* $p < .050$

Associação entre as dimensões Evitamento e Ansiedade da vinculação na idade adulta e satisfação conjugal

Considerando a variável vinculação na idade adulta, foi também conduzida uma análise de regressão, tendo como variável dependente a satisfação conjugal. Para a análise de regressão foram considerados 2 modelos, sendo o primeiro modelo composto pelo preditor vinculação na idade adulta, considerando as dimensões evitamento e ansiedade, e no segundo modelo foram adicionados os preditores paridade, complicações maternas durante o parto, manobra de Kristeller e diagnóstico prévios de problemas psicológicos/saúde mental. O teste revelou que o primeiro modelo explica 41.4% da variância na satisfação conjugal, $R^2 = .414$, $F(2,139) = 49.018$, $p < .001$. Para o segundo modelo verificou-se que 45.4% da variância na satisfação conjugal é explicada pelos preditores previamente indicados, $R^2 = .454$, $F(6,135) = 18.705$,

$p = .046$. A orientação ansiedade da vinculação na idade adulta é um forte preditor da satisfaçãoconjugal no modelo 1, $\beta = -0.221$, $t = -3.204$, $p = .002$, e no modelo 2, $\beta = -0.207$, $t = -2.920$, $p = .004$. A orientação evitamento da vinculação na idade adulta é um forte preditor da satisfaçãoconjugal, quer no modelo 1, $\beta = -0.533$, $t = -7.721$, $p < .001$, quer no modelo 2, $\beta = -0.557$, $t = -7.965$, $p < .001$. No modelo 2 é ainda identificado como forte preditor da satisfação conjugal as complicações maternas durante o parto, $\beta = -0.146$, $t = -2.238$ $p = .027$ (tabela 5).

Tabela 5

Associação entre as Dimensões Evitamento e Ansiedade da Vinculação da Idade Adulta e Satisfação Conjugal, incluindo as covariáveis (N = 142)

	F	β	p	95% IC	
				LI	LS
Modelo 1	.414 49.018				
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta		.533	< .001	-2.771	-1.641
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta		.221	.002*	-1.188	-.281
Modelo 2	.454 18.705				
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta		.557	< .001	-2.875	-1.731
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta		.207	.004*	-1.151	-.221
Paridade		.124	.058	-1.842	.032
Complicações maternas		.146	.027*	-2.013	-.124
Manobra de Kristeller		.038	.573	-.816	1.469
Diagnóstico prévio de problema psicológico/saúde mental		.014	.837	-1.279	1.037

Nota. VD = satisfação conjugal; IC = intervalo de confiança; LI = Limite inferior; LS = limite superior.

* $p < .050$

Papel das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta na relação entre sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal

A análise ao possível papel moderador foi conduzida através de SPSS, usando a extensão PROCESS (Hayes, 2013). A análise teve em consideração a satisfação conjugal como variável dependente, por forma a dar resposta ao segundo objetivo deste estudo. A análise seguinte procurou verificar se existe efeito moderador das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta, na relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal.

A primeira análise realizou-se com as variáveis sintomas de negatividade da PSPT, dimensões da vinculação e satisfação conjugal. Verifica-se que as variáveis sintomas de negatividade da PSPT e as dimensões da vinculação na idade adulta se associam à satisfação conjugal, $R^2 = .450$, $F(7, 146) = 17.117$, $p < .001$, ou seja, 45% da variância na variável satisfação conjugal é explicada pelas variáveis sintomas de negatividade da PSPT e as dimensões da vinculação na idade adulta, e pela interação entre estas duas últimas variáveis. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a orientação evitamento da vinculação e a satisfação conjugal $b = -2.243$, $t(146) = -7.186$, $p < .001$, ou seja, níveis mais elevados na orientação evitamento da vinculação resultam em menor satisfação conjugal. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a orientação ansiedade da vinculação e a satisfação conjugal $b = -0.801$, $t(146) = -3.311$, $p = .001$.

Os sintomas de hiperativação da PSPT associados ao nascimento do bebé, as dimensões evitamento e ansiosa da vinculação e a satisfação conjugal apresentam um modelo estatisticamente significativo $R^2 = .445$, $F(7,146) = 16.738$, $p < .001$. De acordo com estes resultados, verificamos que 45% da variância na satisfação conjugal é explicada pelos sintomas de hiperativação da PSPT associados ao nascimento do bebé, pelas dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta, e pela interação entre estas duas últimas variáveis. Os resultados revelam que não existem diferenças significativas no efeito de interação. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão evitamento da vinculação na idade adulta, $b = -2.076$, $t(146) = -6.551$, $p < .001$, e a satisfação conjugal, e entre a dimensão ansiedade da vinculação na idade adulta, $b = -0.683$, $t(146) = -2.793$, $p = .006$, e a satisfação

conjugal.

O mesmo procedimento foi aplicado aos sintomas de dissociação de PSPT, as dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta, e a satisfação conjugal. Os resultados revelam existir um modelo estatisticamente significativo, $R^2 = .446$, $F(7,146) = 16.982$, $p < .001$, verificando-se que 45% da variância na satisfação conjugal é explicada pelos sintomas de dissociação da PSPT relacionados com o nascimento do bebê e pelas dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta. Os resultados permitem novamente confirmar a presença de diferenças estatisticamente significativas em relações independentes. Verifica-se que a dimensão evitamento da vinculação na idade adulta apresenta diferenças significativas com a satisfação conjugal, $b = -2.251$, $t(146) = -7.499$, $p < .001$. Verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão ansiedade da vinculação na idade adulta e a satisfação conjugal, $b = -0.751$, $t(146) = -3.146$, $p = .002$.

Tabela 6

O papel moderador das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta na relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê e a satisfação conjugal (N = 154)

					95% IC	
	$R(R^2)$	F	β	p	LI	LS
Sumário do modelo	.67(.45)	17.12				
Sintomas de negatividade de PSPT relacionados com o nascimento do bebê (SN)			0.11	.174	16.49	17.99
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta (OE)			-2.24	< .001	-2.86	-1.63
SN x OE			-0.04	.447	-0.16	0.07
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta (OA)			-0.80	.001*	-1.28	-0.32

	<i>R(R²)</i>	<i>F</i>	β	<i>p</i>	95% IC	
					LI	LS
SN x OA			0.13	.802	-0.09	0.12
Paridade			-0.67	.147	-1.59	0.24
Complicações maternas			-1.11	.019*	-2.04	-0.19
Sumário do modelo	.66(.45)	16.74		< .001		
Sintomas de hiperativação de PSPT relacionados com o nascimento do bebé (SH)			-0.01	.966	-0.13	0.13
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta (OE)			-2.07	< .001	-2.71	-1.45
SH x OE			-0.07	.207	-1.18	0.34
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta (OA)			-0.69	.006*	-1.17	-0.20
SH x OA			0.01	.769	-0.08	0.11
Paridade			-0.82	.072	-1.72	0.07
Complicações maternas			-1.00	.032*	-1.91	-0.09
Sumário do modelo	.67(.45)	16.98		< .001		
Sintomas de dissociação de PSPT relacionados com o nascimento do bebé (SD)			0.18	.605	-0.52	0.88
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta (OE)			-2.25	< .001	-2.84	1.66

	$R(R^2)$	F	β	p	95% IC	
					LI	LS
SD x OE			-0.06	.703	-0.35	0.24
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta (OA)			-0.75	.002*	-1.22	-0.28
SD x OA			0.16	.358	-0.19	0.51
Paridade			-0.74	.115	-1.66	0.18
Complicações maternas			-0.97	.037*	-1.88	-0.06

Nota.VD: satisfação conjugal; IC = intervalo de confiança; LI = Limite inferior; LS = limite superior.

* $p < .050$

Discussão

O presente estudo teve como objetivos explorar (1) a associação entre a sintomas de PSPT relacionados com o parto e a satisfação conjugal em mulheres no período após o parto e

(2) o papel moderador das orientações da vinculação adulta (evitamento e ansiedade) na associação entre sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê e a satisfação conjugal em mulheres no período após o parto.

Tomando em consideração o primeiro objetivo deste estudo, podemos confirmar a primeira hipótese, tendo sido revelada uma associação negativa entre as subescalas de negatividade, hiperativação e dissociação dos sintomas de PSPT relacionados com o parto, e a satisfação conjugal. As mulheres que reportaram níveis mais elevados nas subescalas mencionadas, apresentaram menores níveis de satisfação conjugal, confirmando-se a associação negativa. Estes resultados são congruentes com a literatura analisada (e.g., Garthus-Niegel et al., 2018 & O'Malley et al., 2022). Este resultado é sustentado pelo conhecimento teórico, considerando quando a mãe é exposta a momentos traumáticos, desenvolvendo sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê, a satisfação conjugal é afetada negativamente (e.g., Garthus-Niegel et al., 2018 & O'Malley et al., 2022). Da pesquisa realizada considera-se que estas associações ainda carecem de sustentação teórica,

considerando que existe carência de mais estudos que explorem esta associação.

Relativamente ao segundo objetivo, não foi confirmada a segunda hipótese, considerando a inexistência do papel moderador das dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta. Os resultados revelam que não existe efeito moderador das dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta, na relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê a satisfação conjugal. Os efeitos independentes mantiveram-se significativos. As dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta encontram-se negativamente associadas à satisfação conjugal, tendo sido confirmada a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Uma das covariáveis que se associou de forma significativa nas análises de regressão foi a paridade. No caso da análise de regressão entre sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê e a satisfação conjugal, não foram verificadas diferenças significativas, porém, quando adicionada a paridade, verificou-se a existência de diferenças significativas. Estes eram resultados esperados, considerando que a associação entre paridade e satisfação conjugal já foi confirmada, i.e., existem estudos que confirmam que mulheres com mais de um filho, apresentam menor satisfação conjugal em relação às mulheres que esperam o primeiro filho (e.g., Camarneiro & Justo, 2012; Kowal et al., 2021).

O diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental relevou ser uma covariável igualmente importante, mesmo tendo uma representação de 22% da amostra. Foi encontrada associação negativa com a satisfação conjugal, quando realizadas as análises de regressão com as subescalas negatividade, hiperatividade e dissociação dos sintomas de PSPT relacionados com o parto. Estes permitem identificar estes sintomas como preditores da satisfação conjugal, sendo potenciais fatores de risco.

Considerando os fatores de risco e os resultados obtidos, considera-se que estes poderão contribuir para a intervenção perinatal. Sugere-se que exista um rastreio na fase perinatal, por forma a identificar potenciais preditores do declínio na satisfação conjugal. Este rastreio poderá permitir o adequado acompanhamento dos casos sinalizados. A identificação destes fatores de risco poderá ser realizada através de uma avaliação da gestante, e posterior *follow-up* da recém mãe.

Existindo a verificação de que uma determinada orientação da vinculação na adulta poderá impactar a satisfação conjugal, em função dos sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê, poderemos usar estes dados para prever e prevenir impactos na satisfaçãoconjugal. Ao ser identificado o risco de forma prematura, por exemplo a presença da

orientação evitamento/ansiedade da vinculação na idade adulta, poder-se-á procurar prevenir o eventual declínio da satisfação conjugal, através da promoção de acompanhamento clínico. A literatura suporta a tese de que indivíduos com níveis elevados nas orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta apresentam menor satisfação conjugal (e.g., Candel & Turliuc, 2019; Gingras et al., 2021; Nadiri & Khalatbari, 2018). Desta forma confirma-se a congruência dos resultados obtidos com o conhecido científico que exista à data. Como referido por Candele Turlic, (2019) esta associação seria esperada, considerando que os indivíduos mais inseguros tendem a perceber os outros e as situações ao seu redor de forma mais negativa. Os indivíduos mais ansiosos tendem a pensar excessivamente sobre determinado comportamento, situação, colocando em causa os sentimentos dos seus companheiros (Candel & Turliuc, 2019). Quando um dos membros do casal tem níveis mais elevados de vinculação insegura, existem mais conflitos e menos suporte (Candel & Turliuc, 2019).

Considerando que a transição para a parentalidade é uma fase de aprendizagem para o casal, é importante que o casal tenha o suporte necessário para enfrentar os desafios que serão colocados, quer à data de quer ao seu papel enquanto pais.

Ao longo da revisão bibliográfica verificou-se que existe carência de estudos recentes, que explorem as associações em estudo. Ao longo desta revisão verificou-se ainda que é importante tomar em consideração os termos usados. Existem termos que poderão estar relacionados com a satisfação conjugal, tais como relação conjugal, porém não significa que este meça a satisfação. Importa perceber como foram aplicados estes termos e como foram medidos, por forma a evitar interpretações enviesadas.

No momento de decidir o tratamento da amostra, optou-se por considerar como um dos critérios de inclusão as mulheres que indicaram ter companheiro. Considerando que a variável dependente se refere à percepção da mulher em relação à satisfação conjugal, seria importante se considerar apenas as que reportam ter companheiro.

Limitações

Tratando-se de um estudo de corte transversal, apresenta a sua próprias vantagens e limitações. A principal vantagem deste tipo de estudos é a rápida obtenção de resultados, usando menos recursos em comparação com estudos longitudinais (Hulle et al., 2013). No entanto, a limitação principal será a dificuldade em estabelecer razões de causa-efeito (Hulle et al., 2013). Neste sentido, deverá existir precaução ao estabelecer uma relação de causalidade entre sintomas de PSPT associados ao nascimento do bebê e o declínio da

satisfação conjugal, através dos resultados obtidos neste estudo. Para estudos futuros é recomendado explorar o tamanho do efeito, e perceber que outras variáveis poderão ajudar a explicar esta associação.

Sobre o total potencial da amostra, verificou-se uma perda amostral de 66%. No decorrer dos contatos 10 mães afirmaram não querer continuar a participar. Esta perda poderá ser justificada por ainda existirem mães dentro do segundo momento de avaliação que, à data de extração dos dados, ainda não tinham conseguido responder. Pode também ser referente a mães que desistiram e não comunicaram a sua desistência. Relativamente ao questionário ERP verifica-se uma perda amostral de 5 participantes. A identificação das razões para esta perda amostral não foram identificadas, porém poderá se sugerir que as mães não finalizavam o questionário por este ser extenso (36 questões).

Salienta-se como limitação a ausência da perspectiva por parte do(a) parceiro(a), sendo igualmente importante compreender se existe congruência nos resultados, i.e., se quando as mulheres reportam baixos níveis de satisfação conjugal, se tal também é reportado pelo(a) parceiro(a). Seria igualmente pertinente explorar o papel das dimensões da vinculação adulta no(a) parceiro(a) e consequente exploração da associação com a satisfação conjugal, questionado se poderemos encontrar outros preditores, ou mesmo fatores de proteção à satisfação conjugal.

Uma outra limitação que poderá ser identificada é relativa ao facto de estarmos a usar dados que medem a percepção da mulher em relação a questões como estatuto socioeconómico. Ao se tratar de uma informação subjetiva, os seus resultados deverão ser interpretados como sendo a percepção da mãe, podendo ser ou não a sua realidade. Considerando que este estudo foi conduzido em contexto comunitário, em hospitais públicos, seria pertinente explorar estas relações em contextos com maior diversidade. Sugere-se recolha de dados em contextos diferenciados e em zonas rurais, por exemplo, considerando que os dados usados foram recolhidos em grandes centros urbanos, nas cidades de Lisboa e Porto. A análise em diferentes contextos poderá permitir a identificação de novos preditores, e consequentemente permitir adaptar a prevenção perinatal, em função do contexto da mãe.

Implicações

A recolha de diferentes fatores clínicos e obstétricos (e.g., diagnóstico prévio de doença mental, tipo de parto, número de filhos) permitiu a identificação de covariáveis como as complicações maternas durante o parto, a paridade e o tipo de parto. Esta identificação é uma vantagem para o estudo, podendo contribuir para futuros estudos que abordem este

tema, podendo ainda ser realizada uma comparação com possíveis resultados de estudos longitudinais.

Importa referir que, apesar do foco deste estudo ser a mulher, apenas um elemento da díade, não retira a importância de se estudar a perceção do outro membro do casal, independentemente do género. Assume-se como sugestão o estudo da perceção do outro membro do casal, tendo em conta a grande concentração dos estudos focados na perspetiva de apenas um elemento do casal, geralmente a mulher, quando se tratando de um casal heterossexual.

Apesar de não ser identificado o papel moderador das orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta, foram verificados efeitos significativas em relação a esta variável. Verifica-se que ao analisarmos as relações entre as subescalas hiperativação, negatividade e dissociação dos sintomas de PSPT relacionados com o nascimento, a força da associação diminuía quando colocada a vinculação como moderadora. Estes resultados sugerem que as dimensões evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta poderá ser sim uma variável mediadora, ao invés de uma variável moderadora.

Estudos futuros poderão tomar como hipótese que as orientações evitamento e ansiosa da vinculação na idade adulta poderão ser mediadores na relação entre os sintomas de PSPT relacionados com o parto e a satisfação conjugal. Este efeito nos resultados foi também verificado por Garthus-Niegel et al., (2018), em que quando incluídas outras variáveis preditores, verificou-se uma alteração na associação entre os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé e a satisfação conjugal.

Sugere-se ainda que futuros estudos incluam a duração da relação conjugal, isto é, se onúmero de anos que o casal está junto, poderá predizer os resultados das associações aqui exploradas. De acordo com o estudo de Hadden et al., (2014) a duração da relação conjugal produziu efeitos na associação entre a orientação evitamento da vinculação na idade adulta e a satisfação conjugal, sendo esta associação mais negativa em relações com maior durabilidade. Considerando que os autores sugerem que estes resultados poderão ser comprometidos pela reduzida dimensão da amostra, revela-se importante compreender o papel da duração da relação conjugal nas variáveis deste estudo. De acordo com Zare et al., (2014) a duração da relação conjugal foi igualmente confirmada como sendo um preditor da satisfação conjugal.

Considera-se como hipótese para futuros estudos longitudinal que a duração da relação conjugal poderá mediar a associação entres os sintomas de PSPT relacionados com o

nascimento do bebê e a satisfação conjugal.

Por fim, através destes e mais estudos que se foquem na associação entre estas variáveis, poderemos contribuir para a prática clínica, mais concretamente para a prevenção do possível impacto na satisfação conjugal. A identificação de variáveis que possam impactar a satisfação conjugal, permite a construção de mecanismos que tenham como objetivo identificar esses fatores de risco em casais que estão no período do pré-parto, atuando de forma preventiva.

Referências bibliográficas

- Adewuya A., Ologun Y., Ibigbami O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG*, 113(3), 284-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5.^a ed.). Artmed.
- Andersen L., Melvaer L., Videbech P., Lamont R., Joergensen J. (2021). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261-72. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Bahr, S. J., Chappell, C. B., & Leigh, G. K. (1983). Age at Marriage, Role Enactment, Role Consensus, and Marital Satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 45(4), 795. <https://doi.org/10.2307/351792>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. *Attachment Theory and Close Relationships*, 25-45.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T. (2009). Birth trauma and its sequelae. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 189-203. <https://doi.org/10.1080/15299730802624528>
- Belsky, J. (1985). Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: The role of violated expectations. *Journal of Marriage and the Family*, 1037-1044. <https://doi.org/10.2307/352348>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. The Guilford Press. <https://www.proquest.com/docview/619175756>
- Camarneiro, A., & Justo, J. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(1), 19-28. <http://hdl.handle.net/10662/2506>

- Candel, O. S., & Turliuc, M. N. (2019). Insecure attachment and relationship satisfaction: A meta-analysis of actor and partner associations. *Personality and Individual Differences*, 147, 190-199. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.037>
- Cast, A. D. (2004). Well-being and the transition to parenthood: An identity theory approach. *Sociological Perspectives*, 47(1), 55-78. <https://doi.org/10.1525/sop.2004.47.1.55>
- Clout, D., Brown, R., (2016). Marital Relationship and Attachment Predictors of Postpartum Stress, Anxiety, and Depression Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(4), 322–341. <https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.4.322>
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 412-423. <https://doi.org/10.2307/584997>
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102-115. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>
- Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.022>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., Gardner, F., & Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of marital and family therapy*, 36(2), 244-255. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x>
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25-28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21, 572–583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>

- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., Von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. *Frontiers in Psychology*, (1728)9, 1-10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>
- Gingras, A. S., Lessard, I., Mallette, F., Brassard, A., Bernier-Jarry, A., Gosselin, P., & de Pierrepont, C. (2021). Couple adaptation to the birth of a child: the roles of attachment and perfectionism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 581-594.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12453>
- Hadden, B. W., Smith, C. V., & Webster, G. D. (2014). Relationship duration moderates associations between attachment and relationship quality: Meta-analytic support for the temporal adult romantic attachment model. *Personality and Social Psychology Review*, 18(1), 42-58. <https://doi.org/10.1177/1088868313501885>
- Hayes, A. (2018) Partial, conditional, and moderated moderated mediation: Quantification, inference, and interpretation. *Communication Monographs*, 85(1), 4-40.
<https://doi.org/10.1080/03637751.2017.1352100>
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology*, 43(1), 1.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.43.1.1>
- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Personal Relationships*, 16, 401-420. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01230.x>
- Kowal, M., Groyecka-Bernard, A., Kochan-Wójcik, M., & Sorokowski, P. (2021). When and how does the number of children affect marital satisfaction? An international survey. *PLoS ONE*, 16(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249516>
- Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2015). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 1-15.
<http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>
- Lamela, D., Morais, A., & Jongenelen, I. (2018). Validação psicométrica da Escala da Relação Coparental em mães portuguesas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 585-600. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5564>

- Lawrence, E., Nysten, K., & Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-3200.21.2.155>
- Lévesque, S., Bisson, V., Fernet, M., & Charton, L. (2019). A study of the transition to parenthood: new parents' perspectives on their sexual intimacy during the perinatal period. *Sexual and Relationship Therapy*, 36(2-3), 238-255. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1675870>
- Lozano, E. B., Sze, W. Y., Fraley, R. C., & Chong, J. Y. (2021). Dyadic effects of attachment and relationship functioning. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(5), 1572-1595. <https://doi.org/10.1177/02654075219994>
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, C. H., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124-35. <https://doi.org/10.1108/09526861111105086>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139-156. <https://doi.org/10.1080/10478400701512646>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnema, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
- Nadiri, M., & Khalatbari, J. (2018). Study of marital satisfaction in students based on psychological components of attachment style, perfectionism and conflict resolution. *Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 9(3), 120-127.
- Moura, T. R., Nunes, E. F. C., Latorre, G. F., & Vargas, M. M. (2018). Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. *Revista de Ciências Médicas*, 27(3), 157-165. doi: <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n3a4283>
- O'Malley, D., Smith, V., & Higgins, A. (2022). Sexual health issues postpartum—A mixed methods study of women's help-seeking behavior after the birth of their first baby. *Midwifery*, 104, 103196. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103196>

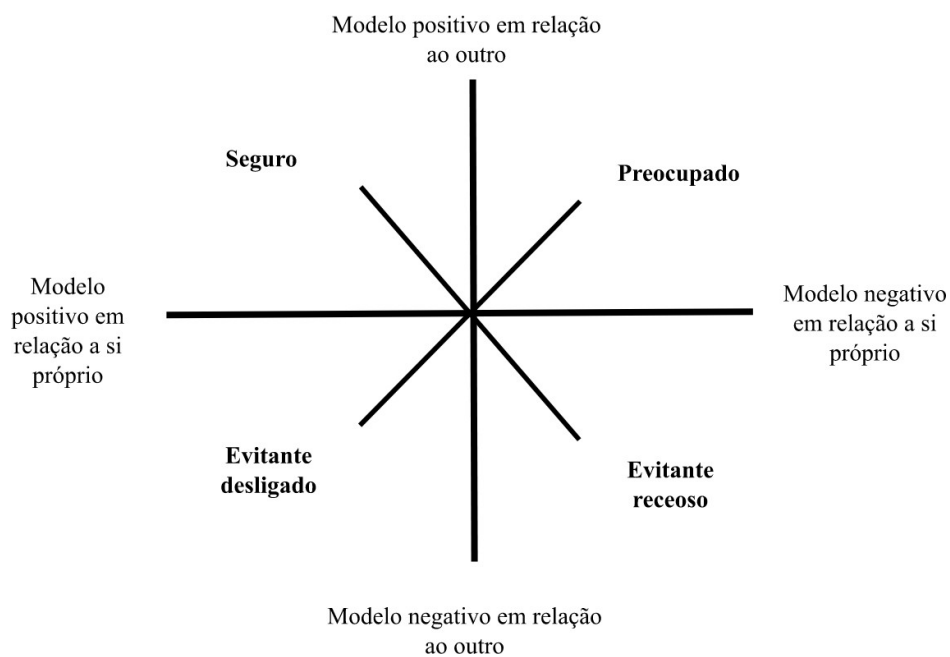
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2010). Study of validation of the portuguese version of the inventory «Experiences in Close Relationships. *An International Journal on Personal Relationships*, 4(2), 237–270. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v4i2.51>
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2015). Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3482–3495. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0150-6>
- Reshef, S., Mouadeb, D., Sela, Y., Weiniger, F. C., & Freedman, S. A. (2023). Childbirth, trauma and family relationships. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2157481. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2157481>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Ruble, D. N., Fleming, A. S., Hackel, L. S., & Stangor, C. (1988). Changes in the marital relationship during the transition to first time motherhood: effects of violated expectations concerning division of household labor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 78. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.55.1.78>
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., and Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychology*, 73(9), 1190–1200. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000376>
- Sielegheem, S., Danckaerts, M., Rieken, R., Okkerse, J. M., de Jonge, E., Bramer, W. M., & Lambregtse-van den Berg, M. P. (2022). Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Human Development*, 174, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105667>
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Stramrood, C., Paarlberg M., Veld E., Berger L., Vingerhoets A., Schultz W. & Pampus M. (2011). Posttraumatic stress following child-birth in homelike - and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 88-97. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2011.569801>

- Velotti, P., Castellano, R., & Zavattini, G. C. (2011). Adjustment of couples following childbirth: The role of generalized and specific states of mind in an Italian sample. *European Psychologist*, 16(1), 1–10 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040/a000022>
- Zare, Z., Golmakani, N., Shareh, H., & Khadem, N. (2014). Factors related to marital satisfaction in primiparous women during postpartum period. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(2), 120-127.

ANEXOS

ANEXO I

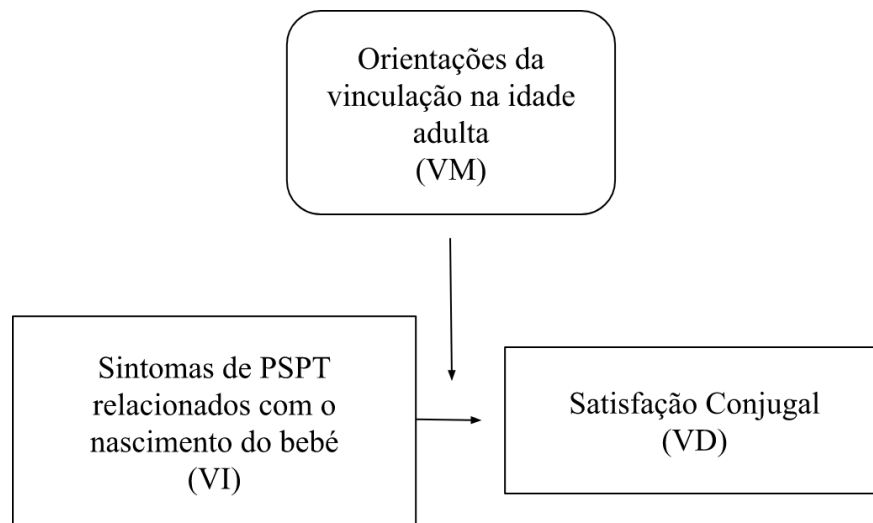
Modelo bi-dimensional de quatro categorias para a vinculação na idade adulta de Bartholomew (1990)



ANEXO II

Modelo Empírico Sobre o Papel Moderador das Orientações da Vinculação Adulta

(Evitamento e Ansiedade) na Associação Entre Sintomas de PSPT Relacionados com o Parto e a Satisfação Conjugal em Mulheres no Período Após o Parto



ANEXO III

Tabelas suplementares

Tabela 7

Correlações com os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê (N = 165)

Sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebê	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.151
País de nascimento vs país de residência	0.013	.909
Estado Civil	0.293	.747
Escolaridade	3.34	.070
Estatuto socioeconómico	0.069	.933
Etnia	0.033	.856
Parto prematuro	0.921	.339
Tipo de parto	15.00	< .001
Número de filhos no último parto	0.335	.564
Parto com anestesia	1.23	.299
Episiotomia	2.15	.145
Manobra de Kristeller	4.51	.035*
Complicações maternas no parto	7.69	.006*
Complicações no parto para o bebê	1.33	.251
Contacto pele a pele	2.87	.092
Amamentação exclusiva aos 2 meses	0.002	.969
Paridade	0.047	.829
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	2.90	.090

* $p < .050$

Tabela 8

Correlações com a satisfação conjugal (N = 165)

Satisfação conjugal	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.100
País de nascimento vs país de residência	0.01	.907
Estado Civil	0.98	.376
Escolaridade	1.53	.218
Estatuto socioeconómico	0.02	.981
Etnia	0.00	.974
Parto prematuro	0.32	.573
Tipo de parto	0.08	.785
Número de filhos no último parto	0.45	.509
Parto com anestesia	1.34	.262
Episiotomia	0.65	.421
Manobra de Kristeller	1.16	.283
Complicações maternas no parto	0.73	.395
Complicações no parto para o bebé	0.13	.722
Contacto pele a pele	0.92	.338
Amamentação exclusiva aos 2 meses	0.45	.503
Paridade	4.56	.034*
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	1.36	.245

* $p < .050$

Tabela 9

Correlações com os sintomas de reexperienciação da PSPT associados ao nascimento do bebé (N = 165)

Sintomas de reexperienciação da PSPT relacionados com o nascimento do bebé	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.184
País de nascimento vs país de residência	0.03	.866
Estado Civil	0.09	.917
Escolaridade	4.98	.027
Estatuto socioeconómico	0.18	.835
Etnia	0.00	.997
Parto prematuro	1.21	.273
Tipo de parto	13.82	< .001
Número de filhos no último parto	0.24	.621
Parto com anestesia	1.45	.232
Episiotomia	1.59	.209
Manobra de Kristeller	2.38	.125
Complicações maternas no parto	7.20	.008*
Complicações no parto para o bebé	1.47	.227
Contacto pele a pele	2.56	.112
Amamentação exclusiva aos 2 meses	0.13	.716
Paridade	0.02	.885
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	2.33	.129

**p* < .050

Tabela 10

Correlações com os sintomas de negatividade da PSPT associados ao nascimento do bebê
(N = 165)

Sintomas de negatividade da PSPT relacionados com o nascimento do bebê	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.024*
País de nascimento vs país de residência	0.00	.966
Estado Civil	1.43	.242
Escolaridade	1.21	.273
Estatuto socioeconómico	1.15	.320
Etnia	0.00	.967
Parto prematuro	0.25	.620
Tipo de parto	1.70	.194
Número de filhos no último parto	1.86	.174
Parto com anestesia	1.71	.166
Episiotomia	0.128	.721
Manobra de Kristeller	6.67	.011*
Complicações maternas no parto	1.87	.173
Complicações no parto para o bebê	0.00	.971
Contacto pele a pele	3.66	.057
Amamentação exclusiva aos 2 meses	0.04	.835
Paridade	3.75	.055
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	14.29	< .001

* $p < .050$

Tabela 11

Correlações com os sintomas de evitante da PSPT associados ao nascimento do bebê (N = 165)

Sintomas de evitante da PSPT relacionados com o nascimento do bebê	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.273
País de nascimento vs país de residência	0.78	.379
Estado Civil	0.22	.801
Escolaridade	0.26	.612
Estatuto socioeconómico	1.05	.351
Etnia	0.17	.679
Parto prematuro	0.12	.729
Tipo de parto	5.70	.018*
Número de filhos no último parto	0.42	.517
Parto com anestesia	0.83	.477
Episiotomia	0.97	.327
Manobra de Kristeller	2.25	.136
Complicações maternas no parto	6.52	.012*
Complicações no parto para o bebê	0.22	.640
Contacto pele a pele	0.03	.864
Amamentação exclusiva aos 2 meses	0.84	.361
Paridade	0.57	.453
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	2.64	.106

* $p < .050$

Tabela 12

Correlações com os sintomas de hiperativação da PSPT associados ao nascimento do bebé
(N = 165)

Sintomas de hiperativação da PSPT relacionados com o nascimento do bebé	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.520
País de nascimento vs país de residência	0.26	.611
Estado Civil	1.83	.164
Escolaridade	0.54	.464
Estatuto socioeconómico	0.27	.764
Etnia	0.36	.549
Parto prematuro	0.06	.804
Tipo de parto	0.60	.442
Número de filhos no último parto	0.58	.447
Parto com anestesia	0.93	.428
Episiotomia	0.04	.845
Manobra de Kristeller	2.65	.106
Complicações maternas no parto	0.15	.695
Complicações no parto para o bebé	0.82	.366
Contacto pele a pele	1.15	.285
Amamentação exclusiva aos 2 meses	1.92	.168
Paridade	0.01	.929
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	7.93	.005*

* $p < .050$

Tabela 13

Correlações com os sintomas de dissociação da PSPT associados ao nascimento do bebê (N = 165)

Sintomas de dissociação da PSPT relacionados com o nascimento do bebê	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade		.058
País de nascimento vs país de residência	0.29	.594
Estado Civil	0.37	.689
Escolaridade	0.02	.890
Estatuto socioeconómico	1.21	.300
Etnia	0.34	.563
Parto prematuro	0.49	.485
Tipo de parto	0.93	.338
Número de filhos no último parto	0.69	.408
Parto com anestesia	0.79	.504
Episiotomia	1.71	.193
Manobra de Kristeller	7.26	.008*
Complicações maternas no parto	0.92	.340
Complicações no parto para o bebê	2.92	.089
Contacto pele a pele	0.69	.407
Amamentação exclusiva aos 2 meses	1.84	.177
Paridade	4.07	.045*
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	23.60	< .001

* $p < .050$

Tabela 14

Correlações com as orientações evitamento e ansiedade da vinculação na idade adulta (N = 165)

Orientações da vinculação na idade adulta	<i>F</i>	<i>p</i>
Orientação evitamento da vinculação na idade adulta		
Idade		.913
País de nascimento vs país de residência	0.80	.778
Estado Civil	0.47	.625
Escolaridade	0.00	.974
Estatuto socioeconómico	2.67	.073
Etnia	0.51	.476
Parto prematuro	1.02	.314
Tipo de parto	0.18	.673
Número de filhos no último parto	1.53	.218
Parto com anestesia	1.07	.362
Episiotomia	0.14	.705
Manobra de Kristeller	5.99	.016*
Complicações maternas no parto	3.98	.048*
Complicações no parto para o bebé	0.25	.620
Contacto pele a pele	2.74	.100
Amamentação exclusiva aos 2 meses	1.84	.177
Paridade	2.03	.157
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	3.02	.084
Orientação ansiedade da vinculação na idade adulta		
Idade		.952
País de nascimento vs país de residência	1.62	.205
Estado Civil	0.63	.533
Escolaridade	0.98	.324
Estatuto socioeconómico	1.80	.168
Etnia	0.02	.878
Parto prematuro	2.46	.119
Tipo de parto	0.66	.419
Número de filhos no último parto	0.41	.522

Parto com anestesia	0.39	.761
Episiotomia	1.79	.183
Manobra de Kristeller	7.65	.006*
Complicações maternas no parto	0.18	.674
Complicações no parto para o bebé	0.70	.403
Contacto pele a pele	0.05	.824
Amamentação exclusiva aos 2 meses	2.09	.151
Paridade	0.29	.594
Diagnóstico prévio de problemas psicológicos/saúde mental	8.08	.005*

* $p < .050$