

ISABEL PORTELA BATISTA

**AUTOCRITICISMO, *DISTRESS* E LIGAÇÃO AO BEBÉ
EM MÃES DE BEBÉS DURANTE A PANDEMIA POR
COVID-19**

Orientador: Professora Doutora Ana Filipa Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

ISABEL PORTELA BATISTA

**AUTOCRITICISMO, *DISTRESS* E LIGAÇÃO AO BEBÉ
EM MÃES DE BEBÉS DURANTE A PANDEMIA POR
COVID-19**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona - Centro Universitário de Lisboa, no dia 24 de Janeiro de 2023, com o Despacho Reitoral N°364/2022 com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª. Doutora Isabel Santos

Arguente: Prof^ª. Doutora Ágata Salvador

Orientador- Prof^ª. Doutora Ana Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

Resumo

O período perinatal consiste, para muitas mulheres, um período de transição com vários desafios psicológicos, fisiológicos e sociais. Estudos preliminares demonstram que a autocompaixão materna podem afetar positivamente a ligação mãe-bebé e minimizar a probabilidade de surgimento de distress materno. Porém, existem várias lacunas na literatura nesta área do conhecimento, nomeadamente de qual o papel do autocriticismo nas vivências maternas e adaptação a esta fase de vida. Assim, o presente estudo visa explorar a relação entre estas variáveis, o *distress* materno e a ligação ao bebé, considerando uma amostra de 156 mães com bebés até dois anos. O *distress* foi avaliado por meio da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), o autocriticismo e a autocompaixão através da *Function of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale* (FSCRS), e a ligação mãe-bebé por meio do *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ). Os resultados demonstraram que estados afetivos mais negativos e maiores níveis de ligação mãe-bebé estiveram correlacionados com maiores níveis de autocriticismo. Apesar disso, não se verificou uma associação significativa entre a ligação ao bebé e a autocompaixão. Quanto maior a ligação entre as mães e os seus bebés, maiores os seus níveis de depressão, ansiedade e *stress*. A análise de mediações demonstrou que a depressão mediou significativamente a relação entre a experiência de sentimentos de inadequação do eu por parte da mãe e a ligação mãe-bebé. Além disso, verificamos que o *distress* mediou a relação entre o nível de autocompaixão das participantes e a sua ligação com os seus filhos. Estes resultados apontam para a importância de compreender o papel do autocriticismo, enquanto fator de vulnerabilidade para o distress e desadaptação no período perinatal.

Palavras-chave: Maternidade; *Distress*; Autocriticismo; Autocompaixão; Ligação mãe-bebé

Abstract

The perinatal period is, for many women, a transitional period with various psychological, physiological, and social challenges. Preliminary studies demonstrate that maternal self-compassion can positively affect mother-baby bonding and minimize the likelihood of maternal distress. However, there are several gaps in the literature in this area of knowledge, namely the role of self-criticism in maternal experiences and adaptation to this stage of life. Thus, this study aims to explore the relationship between these variable, maternal distress and attachment to the baby, considering a sample of 156 mothers with babies up to two years old. Distress was assessed using the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21), self-criticism and self-compassion using the Function of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale (FSCRS), and mother-infant bonding using the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). The results demonstrate that more negative affective states and higher levels of mother-baby bonding were correlated with higher levels of self-criticism. In spite of that, there was no significant association between attachment to the baby and self-compassion. And the greater the bond between mothers and their babies, the greater their levels of depression, anxiety and stress. Mediation analysis showed that depression significantly mediated the relationship between the mother's experience of feelings of self-inadequacy and mother-baby bonding. In addition, we found that distress mediated the relationship between participants' level of self-compassion and their attachment to their children. These results point to the importance of understanding the role of self-criticism, as a vulnerability factor for distress and maladjustment in the perinatal period.

Keywords: Maternity; Distress; Self-criticism; Self-compassion; Mother-baby bonding

Índice

Introdução	1
<i>Distress</i> e transição para a parentalidade	1
Autocriticismo, autocompaixão e maternidade.....	3
O presente estudo	4
Método.....	5
Participantes.....	5
Instrumentos.....	7
<i>Questionário sociodemográfico</i>	7
<i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)</i>	7
<i>Function of Self-Criticizing Scale (FSCRS)</i>	7
<i>Parenting Bonding Questionnaire (PBQ)</i>	8
Procedimentos.....	9
Análise estatística	9
Resultados.....	9
Análises de mediações	11
Discussão	16
Referências Bibliográficas.....	21

Índice de tabelas

Tabela 1 - Dados Clínicos e Sociodemográficos da Amostra ($N = 156$)..... 5

Tabela 2 - Estatísticas descritivas e correlações de Pearson entre as diferentes dimensões do autocriticismo, as dificuldades na Ligação ao Bebê e o distress (depressão, ansiedade e stress) 10

Índices de figuras

Figura 1 - Análise de mediação com a depressão, ansiedade e <i>stress</i> como mediadores entre a dimensão Eu inadequado do autocriticismo e as dificuldades na Ligação ao Bebé	12
Figura 2 - Análise de mediação com a depressão, ansiedade e stress como mediadores entre a dimensão Eu tranquilizador do autocriticismo e as dificuldades na Ligação ao Bebé.....	14
Figura 3 - Análise de mediação com a depressão, ansiedade e stress como mediadores entre a dimensão Eu detestado do autocriticismo e as dificuldades na Ligação ao Bebé	16

Introdução

O nascimento de um bebê representa para muitas mães e pais um acontecimento importante e desejado na vida das famílias e, especificamente, da mãe. Porém, este acontecimento vem acompanhado por um conjunto de mudanças físicas, psicológicas e sociais que podem acarretar grandes desafios, nomeadamente dificuldades de ajustamento no período perinatal e no pós-parto (Dunford & Granger, 2017; Smorti et al., 2019). Muitas mulheres apresentam sintomas psicopatológicos, evidenciando-se um período de risco para o surgimento ou agudização de perturbações de humor e ansiedade que incluem depressão, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de *stress* pós-traumático e psicose pós-parto (Pedro et al., 2019).

Deste modo, se para muitas mães, a experiência da maternidade é tendencialmente positiva, para um número mães, o pós-parto não é uma experiência tão gratificante nem feliz, mas de considerável dor mental e angústia (Vliegen & Luyten, 2009). Deste modo, compreender e intervir sobre os fatores que afetam a saúde mental das mães é fundamental, nomeadamente nos primeiros anos de vida, que são considerados fundamentais para o desenvolvimento das relações de vinculação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil (Brassel et al., 2020).

***Distress* e transição para a parentalidade**

O *distress* psicológico engloba estados de depressão, ansiedade e *stress* surgindo frequentemente durante o período de gravidez e de transição para a maternidade (Altemus et al., 2014). Estes períodos de vida da mulher são propensos ao surgimento de estados afetivos mais negativos e de sofrimento psíquico dado os novos desafios associados ao nascimento de um filho e as mudanças fisiológicas e psicossociais que acompanham a futura mãe (Biaggi et al., 2016; Smith et al., 2011).

Pelo menos 20% das mulheres apresentam sintomas depressivos durante a gravidez e até 15% apresentam sintomas depressivos no pós-parto (Alipour et al., 2012; Pearlstein et al., 2009). Aliás, muitos têm sido os estudos dedicados ao risco de depressão pós-parto (DPP) materna neste período, já que é considerada a condição psiquiátrica mais prevalente no pós-parto. A DPP é considerada um problema de saúde pública que afeta aproximadamente 10-15% das novas mães (Dunford & Granger, 2017). Estima-se que esta percentagem aumente para 30-50% seis meses após o parto e que 25% continue a apresentar sintomas um ano depois. Os autores acrescentam ainda que os efeitos adversos

da depressão pós-parto vivenciada pela mãe poderá conduzir a um impacto prejudicial na relação entre a mãe e o bebé e, consequentemente, no desenvolvimento psicomotor, fisiológico, cognitivo, social e emocional do bebé (Pedro et al., 2019). Assim, a DPP pode afetar negativamente a capacidade e a disponibilidade das mulheres para cuidarem adequadamente dos seus filhos. Por sua vez, sabe-se que filhos de mães com DPP tendem a estabelecer relações de vinculação inseguras e a desenvolver dificuldades sociais para com os pares (Smorti et al., 2019). Além disso, a ansiedade, embora menos estudada nos períodos pré-natal e pós-parto, é estimada em 13-21% durante o período pré-natal e 17% no período pós-parto (Fairbrother et al., 2015).

Na literatura, existem muitos fatores de risco associados aos problemas de ajustamento no período perinatal. Por exemplo, o aumento nos sintomas depressivos pós-parto pode ser atribuído, entre outros fatores, ao *stress*, à privação de sono, a alterações hormonais e a mudanças na autonomia materna (Brassel et al., 2020). Segundo Shorey et al. (2018), mães com histórico prévio de depressão e psicopatologia têm mais probabilidade de sofrer de distress perinatal. Por sua vez, a pressão social associada à imagem de uma mãe perfeita, capaz e feliz está proporcionalmente associada à vivência de sentimentos de culpa e vergonha (Dunford & Granger, 2017).

A vergonha está intimamente interrelacionada com o autocriticismo, sendo estes mecanismos diagnósticos frequentemente presentes numa grande variedade de problemas e perturbações psicológicas, em amostras clínicas e comunitárias, tais como a depressão, ansiedade, entre outros (Löw et al., 2020). Estes processos são igualmente obstáculos importantes à procura de ajuda e aos processos terapêuticos (Gilbert, 2010), o que também está presente em mães durante o período perinatal. Muitas vezes, as mães não informam os profissionais de saúde quanto aos seus sintomas depressivos ou não procuram ajuda por não quererem sentir-se fracassadas ou “más mães” (Dunford & Granger, 2017). Aliás, os resultados deste estudo correlacional, que englobou uma amostra de mães ($N = 185$) de bebés entre 4 semanas e 1 ano, indicaram que a propensão a sentimentos de vergonha está associada a uma maior probabilidade de as mães apresentarem sintomas depressivos pós-parto e de expressarem atitudes negativas em relação à procura de ajuda.

Para além da influência do *distress*, importa referir que para promover a saúde mental da mulher durante o pré e o pós-parto é crucial que a mesma se sinta segura, aceite e apoiada (Cree, 2015). Salienta-se ainda o papel de outros fatores externos, como

contexto pandémico recente (Anschau et al., 2021; Fernandes et al., 2021), e de fatores internos à mulher, como o autocriticismo e a autocompaixão, que afetam igualmente a ligação entre a mãe e o bebé.

Autocriticismo, autocompaixão e maternidade

O autocriticismo é caracterizado por uma forma persistente e intensa de diálogo interno expresso pela hostilidade e desprezo em relação a si mesmo, quando se sente inapto para atingir os seus objetivos autoimpostos (Pedro et al., 2019). Esta tendência para sermos autocríticos e até mesmo autopunitivos faz parte da condição humana. A autocondenação e a elaboração de autoavaliações negativas dirigidas a vários aspetos do *eu*, como às características físicas, comportamentos, pensamentos e emoções correspondem a formas de autocriticismo (Castilho & Gouveia, 2011). O autocriticismo, que, por um lado, fornece controlo à pessoa e, por outro lado, promove a experimentação de sentimentos de derrota e decepção pelo seu próprio estilo de processamento excessivamente autocrítico, constitui-se como um fator preditor para futuras psicopatologias assim como para dificuldades interpessoais (Castilho & Gouveia, 2011).

Esta tendência interna para a autocrítica pode ocorrer durante o período da gravidez e durante a transição para a parentalidade, podendo afetar a saúde mental da mulher e o desenvolvimento do bebé. Tal como demonstrado num estudo laboratorial, que englobou 152 mães primíparas e que analisou o autocriticismo materno e o desenvolvimento social infantil durante um período de 4 meses (Beebe et al., 2007). Os autores observaram que o autocriticismo materno tinha efeitos na comunicação mãe-bebé. Por exemplo, mães autocríticas “supercompensam” por meio de toque a diminuição da sua expressão facial e olhar.

Existem evidências de que o autocriticismo e o *distress* no período perinatal encontram-se associados, sendo que a literatura indica que a presença de níveis elevados das mesmas variáveis em mães poderá afetar a ligação com o bebé/criança. Especificamente, num estudo longitudinal que considerou 32 díades mãe-bebé desde as 30 semanas de gestação até aos 18 meses pós-parto, Brassel et al. (2020) verificaram que existe uma maior probabilidade para que a propensão para o autocriticismo aumente durante o período pós-parto, podendo ser considerada como um fator de risco

significativo para o desenvolvimento de depressão e para uma pior relação de vinculação entre a mãe-bebé.

Vliegen e Luyten (2009) observaram que as mães apresentam sintomas depressivos associados à ansiedade, irritabilidade e raiva, concluindo-se que mães deprimidas, em comparação com mães não deprimidas, apresentam níveis mais elevados de autocriticismo. Para muitas mulheres, a transição para a maternidade é uma fase difícil e desafiadora, durante a qual muitas mães se sentem fracassadas, o que as leva a sentimentos de vergonha associada a uma avaliação negativa, culpa e autocrítica (Dunford & Granger, 2017). De acordo com Brassel e colaboradores (2020), o aumento observado no autocriticismo materno pós-parto pode ser explicado com referência a mudanças na identidade materna, autonomia e perceção de controlo durante a transição para a maternidade. Em particular, mulheres com tendência para serem autocríticas podem ter um autojulgamento particularmente severo quando confrontadas com a falta de controlo, com as exigências e com a falta de autonomia que acompanha a maternidade. Os meus autores concluíram que a propensão para a autocrítica pode ser considerada um fator de risco significativo no desenvolvimento de depressão, uma vez que a depressão materna e o autocriticismo aumentam significativamente desde a gravidez ao período pós-parto.

Por oposição ao autocriticismo, a literatura indica que a autocompaixão tem vindo a ser reconhecida como um fator de resiliência com implicações positivas ao nível da saúde mental. Pedro e colaboradores (2019) aborda a autocompaixão como a capacidade de adoptar uma atitude de compaixão em relação ao próprio sofrimento, permitindo ao indivíduo vivenciar experiências negativas íntimas (emoções e pensamentos) de forma abrangente e sem julgamento. Altos níveis de autocompaixão estão associados à felicidade, otimismo, afeto positivo, iniciativa e curiosidade pessoal, satisfação com a vida, inteligência emocional, bem-estar relacional e conexões (Zhang et al., 2019). Enquanto níveis baixos estão relacionados a sintomas depressivos e ansiosos, autocriticismo, ruminação, vergonha, medo do fracasso e esgotamento.

O presente estudo

Considerando a literatura supramencionada, compreendemos que tanto o autocriticismo como o *distress* podem afetar a ligação mãe-bebé, sendo crucial investigar

de que forma estas variáveis se associam e como podem predizer a ligação entre a mãe e ao bebé. Deste modo, o objetivo geral do presente estudo é explorar a relação entre o autocriticismo, o *distress* materno e ligação ao bebé, considerando uma amostra de mães com bebés até dois anos. Para tal formularam-se as seguintes hipóteses:

H1 – O autocriticismo materno encontra-se positivamente correlacionado com o *distress* materno (i.e., depressão, ansiedade e *stress*);

H2 – O *distress* materno (i.e., depressão, ansiedade e *stress*) encontra-se positivamente correlacionado com a dificuldade na ligação ao bebé;

H3 – O autocriticismo materno encontra-se positivamente correlacionado com a dificuldades na ligação ao bebé;

H4 – O *distress* materno, e especificamente a depressão, a ansiedade e o *stress*, medeiam a relação entre o autocriticismo materno e a ligação ao bebé.

H5 – O *distress* materno, e especificamente a depressão, a ansiedade e o *stress*, medeiam a relação entre o autocompaixão materna (i.e., Eu tranquilizador) e a ligação ao bebé.

Método

Participantes

Participaram no presente estudo 156 mães, com idades compreendidas entre os 20 e 57 anos ($M = 32.54$; $DP = 6.06$), com bebés com 2 anos ou menos ($M = 9.56$; $DP = 7.04$). Os dados referentes à caracterização sociodemográfica e estão ilustrados na Tabela 1. A maioria das participantes era casada ou unida de facto e vivia com o seu cônjuge e filho(s), possuía bacharelato ou licenciatura e estava a trabalhar.

Tabela 1

Dados Clínicos e Sociodemográficos da Amostra (N = 156)

	<i>M/n</i>	<i>DP/%</i>
Idade (anos), <i>M DP</i>	32.54	6.06
Idade filho/a mais novo/a (meses), <i>M DP</i>	9.56	7.04
Nacionalidade, <i>n %</i>		
Portuguesa	156	100
Escolaridade, <i>n %</i>		
2º Ciclo do ensino básico	2	1.3

3º Ciclo do ensino básico	17	10.9
Ensino secundário	50	32.1
Bacharelato/Licenciatura	54	34.6
Mestrado	33	21.2
Rendimento do agregado (mensal), <i>n</i> %		
416€ e 833€/mês	23	14.7
833€ e 1125€/mês	30	19.2
1125€ e 1583€/mês	39	25.0
1583€ e 2291€/mês	38	24.4
2291€ e 2708€/mês	10	6.4
2709€ e 3333€/mês	6	3.8
3333€ e 4166€/mês	9	5.8
Não resposta	1	0.6
Estatuto relacional, <i>n</i> %		
Solteira	14	9.0
Numa relação (sem coabitação)	8	5.1
Casada ou unida de facto	131	84.0
Separada ou divorciada	3	1.9
Coabitação, <i>n</i> %		
Companheiro/a	139	89.1
Filho(s)	121	77.6
Pais/sogros	17	10.9
Irmãos/cunhados	3	1.9
Outras familiares	2	1.3
Filhos a cargo, <i>n</i> %		
Apenas 1	100	64.1
Mais do que 1	56	35.9
Situação profissional, <i>n</i> %		
Estudante	1	0.6
Trabalhadora-Estudante	3	1.9
Trabalhadora	71	45.5
Desempregada	25	16.0
Em casa devido a <i>lay-off</i>	8	5.1
Em casa com os filhos devido ao fecho creches/escolas	2	1.3
De licença de maternidade	36	23.1
Outra situação	10	6.4
Presença de condição médica/física, <i>n</i> %		
Não	120	76.9
Sim	18	11.5
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico, <i>n</i> %		
Não	130	83.3
Sim	11	7.1

Nota. Verificaram-se algumas “não respostas” que não foram incluídas nas estatísticas descritivas.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Este questionário foi desenvolvido especificamente para esta investigação com o objetivo de recolher, de uma forma breve, informações quanto às características sociodemográficas de cada participante (e.g., idade, nacionalidade, grau de escolaridade, rendimento).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Versão original: Lovibond & Lovibond, 1995; Adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004)

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* foi desenvolvida com o objetivo de avaliar empiricamente a ansiedade, a depressão e o *stress* de acordo com um modelo tripartido. Diz respeito a uma escala de autorresposta com 21 itens agrupados em três subescalas: (a) depressão (7 itens; e.g., “Senti que a vida não tinha sentido”); (b) ansiedade (7 itens; e.g., “Senti dificuldades em respirar”); e (c) *stress* (7 itens; e.g., “Tive dificuldades em me acalmar”). De notar que os participantes avaliam cada item segundo uma escala tipo *Likert* de 4 pontos de gravidade ou frequência (0 – “Não se aplicou nada a mim”; 1 – “Aplicou-se a mim algumas vezes”; 2 – “Aplicou-se a mim muitas vezes”; e 3 – “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”).

A EADS-21 fornece três pontuações, uma por subescala, que são obtidas por intermédio da média das pontuações atribuídas a cada um dos itens que as constituem. Salienta-se que pontuações mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos, nomeadamente a níveis superiores de depressão, ansiedade e *stress*. Quanto as propriedades psicométricas deste instrumento, observou-se, para a presente amostra, bons níveis de consistência interna no que diz respeito às três subescalas (depressão: $\alpha = .91$; ansiedade: $\alpha = .85$; *stress*: $\alpha = .92$).

Function of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale (FSCRS; Versão original: Gilbert et al., 2004; Adaptação portuguesa: Castilho & Pinto-Gouveia, 2005)

Recorremos à *Function of Self-Criticizing Scale* para avaliar a forma como as mães se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. Este

instrumento de autorresposta é igualmente constituído por 21 itens organizados em três subescalas: (a) Eu inadequado (10 itens; e.g., “Há uma parte de mim que me inferioriza”, que avalia sentimentos de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros; (b) Eu tranquilizador (8 itens; e.g., “Perdoo-me facilmente”), que indica uma atitude positiva, calorosa e de conforto e compaixão para com o eu; e (c) Eu detestado (3 itens; e.g., “Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo”), que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada na autorrepugnância, raiva e aversão perante situações de fracasso, caracterizada por um desejo de magoar, perseguir e agredir o eu.

Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de cinco pontos que varia desde 0 (“não sou assim”) a 4 (“sou extremamente assim”), obtendo-se pontuações totais para cada uma das subescalas através da média das pontuações atribuídas a cada um dos itens que as constituem. Salienta-se que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de autocriticismo (Eu inadequado e Eu detestado) e autocompaixão (Eu tranquilizador). No que diz respeito às qualidades psicométricas, obtiveram-se, no presente estudo, bons níveis de consistência interna no que diz respeito às três subescalas (Eu inadequado: $\alpha = .92$; Eu tranquilizador: $\alpha = .91$; Eu detestado: $\alpha = .77$).

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; Versão original: Brockington et al., 2001; Adaptação portuguesa: Nazaré et al., 2011)

O *Postpartum Bonding Questionnaire* foi desenvolvido com o objetivo de despistar perturbações na relação entre a mãe e o bebé. Corresponde a uma escala de autorresposta composta por 12 itens (e.g., “Adoro acarinhar o meu bebé” e “É fácil acarinhar o meu bebé”), que englobam respostas emocionais e cognitivas da mãe para com o seu filho, cuja frequência se pretende avaliar. As respostas são dadas de acordo com uma escala tipo *Likert* de 6 pontos (0 – “Nunca” a 5 – “Sempre”), sendo que pontuações mais elevadas indicam uma menor ligação entre a mãe e o bebé. Deste modo, quando ao longo deste estudo nos reportamos à variável Ligação ao Bebé estamos a referir-nos a dificuldades associadas ao estabelecimento desta ligação. De notar que se verificou um nível adequado de consistência interna da escala na presente amostra ($\alpha = .80$).

Procedimentos

O presente estudo inseriu-se num projeto mais alargado sobre parentalidade, devidamente aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica (CEDIC). Os dados foram recolhidos *online* através de questionários de autorrelato, sendo que os participantes leram e concordaram com a investigação antes de responder ao questionário através do Consentimento Informado (CI). Desta forma, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade na recolha de dados, salientando-se que nenhum dado pessoal e/ou I.P foi guardado. O protocolo foi disponibilizado através da plataforma *Typeform*. Neste estudo recorreu-se a um método de amostragem não-probabilístico por bola-de-neve, tendo a sua divulgação sido feita através de email e redes sociais. O preenchimento dos questionários tinha uma duração de 15-20 minutos, sendo que a recolha de dados ocorreu no período de pandemia. Importa referir que foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) mães biológicas com bebés e filhos pequenos (até 2 anos); e (2) com domínio da língua portuguesa. Considerou-se como critério de exclusão o facto de as participantes serem mães de gémeos, mesmo que tenham menos de 2 anos de idade.

Análise estatística

A análise de dados foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS, versão 26. As análises incluíram a utilização de coeficientes de correlação de *Pearson* com o objetivo de analisar as correlações entre as diferentes variáveis em análise (i.e., autocriticismo, ligação ao bebé, depressão, ansiedade e *stress*). Por sua vez, a análise do papel mediador do *distress* (i.e., depressão, ansiedade e *stress*) na relação entre as diferentes dimensões do autocriticismo (i.e., Eu inadequado, Eu tranquilizador, Eu detestado) e a ligação ao bebé foi realizada através do Modelo 4 do Process (v. 3.5.3) para o SPSS (Hayes, 2018).

Resultados

As estatísticas descritivas relativas ao autocriticismo revelaram que, de uma forma geral, as participantes do estudo apresentavam atitudes positivas em relação ao Eu. Tal como podemos verificar na Tabela 2, a pontuação média à dimensão do autocriticismo referente ao Eu tranquilizador aproximou-se do ponto médio da respetiva escala de mediação (i.e., “sou moderadamente assim”) ($M = 1.88$; $DP = 0.97$). as participantes

indicaram, em média, “não sou assim” ao avaliar os itens referentes à dimensão Eu detestado ($M = 0.31$; $DP = 0.64$). Tal sugere a ausência de um desejo de magoar, perseguir e agredir o eu.

No que diz respeito à escala de ligação ao bebé, o que sugere uma maior frequência de respostas emocionais e cognitivas da mãe em relação ao seu bebé ($M = 0.44$; $DP = 0.44$). No mesmo sentido, verificaram-se igualmente pontuações médias às diferentes subescalas de *distress* próximas do ponto 0 ($M_{depressão} = 0.52$, $DP_{depressão} = 0.58$; $M_{ansiedade} = 0.35$, $DP_{ansiedade} = 0.49$; $M_{stress} = 0.85$; $DP_{stress} = 0.65$), indicando a presença, em média, de estados afetivos mais positivos por parte das participantes.

Quanto à análise das correlações entre as dimensões das escalas utilizadas (cf. Tabela 2), verificámos que todas as dimensões do autocriticismo (i.e., Eu inadequado, Eu tranquilizador e Eu detestado) estavam significativamente correlacionadas com os indicadores de *distress* (i.e., depressão, ansiedade e *stress*). Ademais, todas estas correlações foram positivas, à exceção das correlações entre o Eu tranquilizador e a depressão, a ansiedade e o *stress*, que foram negativas. Verificaram-se também correlações significativas e positivas, de intensidade, respetivamente, moderada e forte, entre a ligação ao bebé e a dimensão do autocriticismo referente ao Eu inadequado e ao Eu detestado. Salienta-se a ausência de uma associação significativa entre a ligação ao bebé e a dimensão do autocriticismo referente ao Eu tranquilizador.

Tabela 2

Estatísticas descritivas e correlações de Pearson entre as diferentes dimensões do autocriticismo, as dificuldades na Ligação ao Bebé e o distress (depressão, ansiedade e stress)

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Autocriticismo									
1. Eu Inadequado	1.10	0.93	-						
2. Eu Tranquilizador	1.88	0.97	-.52**	-					
3. Eu Detestado	0.31	0.64	.61**	-.36**	-				
4. Ligação ao bebé	0.44	0.44	.47**	-.11	.50**	-			
5. Depressão	0.52	0.58	.65**	-.53**	.64**	.43**	-		
6. Ansiedade	0.35	0.49	.61**	-.31**	.59**	.35**	.67**	-	

7. Stress	0.85	0.65	.68**	-.40**	.53**	.43**	.75**	.79**	-
------------------	------	------	-------	--------	-------	-------	-------	-------	---

Notas. As médias e desvio-padrão de cada dimensão encontram representados pelos símbolos M e DP, respetivamente. * $p < .05$; ** $p < .01$

Análises de mediações

De acordo com os objetivos do estudo, procurou-se, em primeiro lugar, analisar se a depressão mediava a relação entre o autocriticismo e as dificuldades na ligação ao bebé. Para isso foram realizadas três análises de mediação utilizando cada uma das dimensões do autocriticismo como variáveis preditoras (i.e., Eu inadequado, Eu detestado, Eu tranquilizador).

Tal como podemos ver na Figura 1, os resultados mostraram que o Eu inadequado prediz significativamente os níveis de depressão materna e explica 42.7% da sua variância ($R^2 = .427$, $F_{1,153} = 113.81$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estão positivamente correlacionadas ($a = 0.42$, $p < .001$). No segundo modelo, observou-se que o Eu inadequado e a depressão apresentaram um efeito conjunto significativo sobre a ligação ao bebé, explicando 25.2% da sua variância ($R^2 = .252$, $F_{2,153} = 25.56$, $p < .001$). A depressão associou-se significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.16$, $p = .021$) e verificou-se um efeito direto significativo do Eu inadequado na ligação ao bebé com o mediador depressão ($c' = 0.16$, $p = .0004$). O efeito total do Eu inadequado na ligação ao bebé também foi significativo, realçando-se que a primeira variável explicou 22.5% da variância da ligação ao bebé ($R^2 = .225$, $F_{1,153} = 44.42$, $p < .001$). O efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) foi igualmente significativo dado que o seu intervalo de confiança exclui o zero [$a*b = 0.07$, CI (0.006, 0.127)], observando-se que a depressão mediou, aproximadamente, 30.4% da relação entre o Eu inadequado e a ligação ao bebé.

Seguidamente, procurámos analisar se os níveis de ansiedade também mediavam a relação entre a dimensão de autocriticismo referente ao Eu inadequado e a ligação ao bebé (Figura 1). Os resultados indicaram que o Eu inadequado prediz significativamente a ansiedade e explica 37.8% da sua variância ($R^2 = .378$, $F_{1,154} = 93.41$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estão positivamente correlacionadas ($a = 0.32$, $p < .001$). No segundo modelo, observou-se que o Eu inadequado e a ansiedade apresentaram um efeito conjunto significativo na ligação ao bebé, explicando 22.3% da sua variância ($R^2 = .223$, $F_{2,153} = 22.02$, $p < .001$). Note-se que a ansiedade não se encontrou significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.06$, $p = .251$), verificando-se somente um efeito direto

significativo do Eu inadequado na ligação ao bebé com o mediador ansiedade ($c' = 0.19$, $p < .001$). O efeito total do Eu inadequado na ligação ao bebé foi significativo, realçando-se que a primeira variável explicou 21.7% da variância da ligação ao bebé ($R^2 = .217$, $F_{1,154} = 42.61$, $p < .001$). O efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) não foi considerado significativo dado que o seu intervalo de confiança inclui o zero [$a*b = 0.03$, CI (-0.023, 0.087)].

Procurámos ainda compreender se o *Stress* mediava a relação entre o Eu inadequado e a ligação ao bebé (Figura 1). Os resultados indicaram que o Eu inadequado prediz significativamente os níveis de stress e explica 45.9% da sua variância ($R^2 = .459$, $F_{1,154} = 130.91$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estão positivamente correlacionadas ($a = 0.48$, $p < .001$). Por sua vez, observou-se que o Eu inadequado e o *stress* apresentaram um efeito conjunto significativo na ligação ao bebé, explicando 24.2% da sua variância ($R^2 = .242$, $F_{2,153} = 24.41$, $p < .001$). De notar que o *stress* encontrou-se significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.14$, $p = .026$) e verificou-se um efeito direto significativo do Eu inadequado na ligação ao bebé com o mediador *stress* ($c' = 0.15$, $p = .0011$). O efeito total da dimensão Eu inadequado na ligação ao bebé também foi significativo, realçando-se que a primeira variável explicou 21.7% da variância da Ligação ao bebé ($R^2 = .217$, $F_{1,154} = 42.61$, $p < .001$). Contudo, salienta-se a ausência de um efeito de mediação significativo (efeito indireto – $a*b$) dado que o seu intervalo de confiança inclui o zero [$a*b = 0.07$, CI (-0.007, 0.147)].

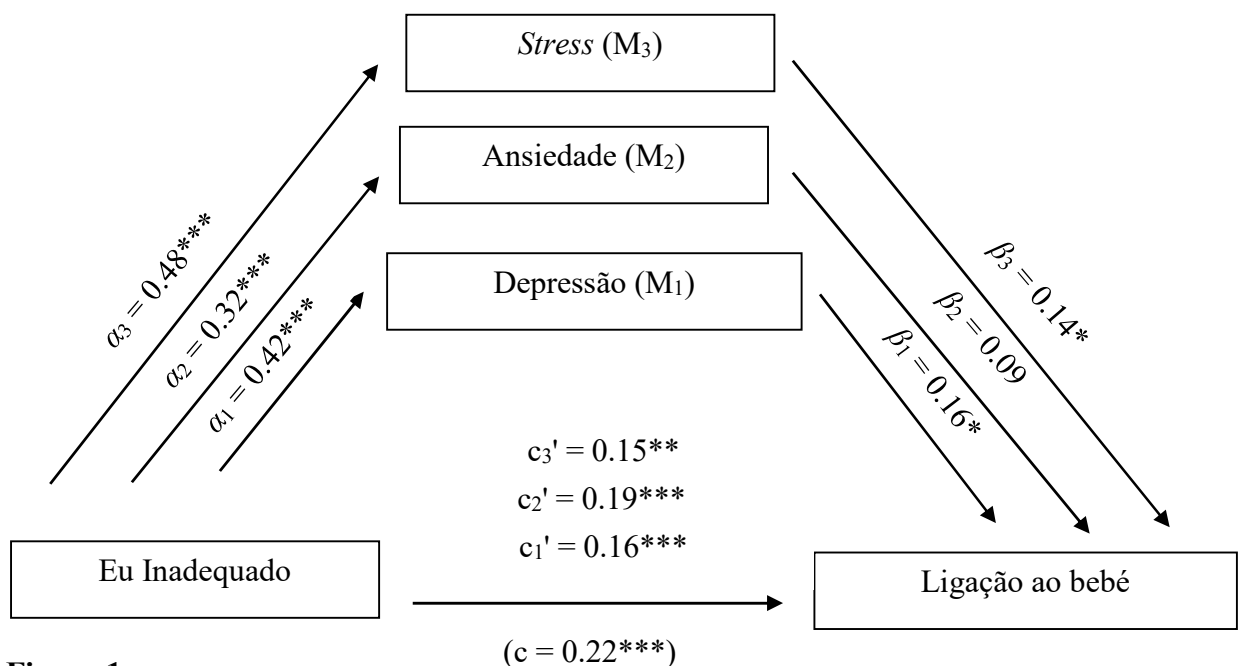


Figura 1

Análise de mediação com a depressão, ansiedade e stress como mediadores entre a dimensão Eu inadequado do autocriticismo e as dificuldades na Ligação ao Bebé.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Considerando como variável preditora a dimensão do autocriticismo referente ao Eu tranquilizador, analisou-se igualmente se a depressão mediava a relação entre esta variável e a ligação ao bebé (Figura 2). Os resultados indicaram que o Eu tranquilizador predizia significativamente a depressão e explicava 27.9% da sua variância ($R^2 = .279$, $333F_{1,153} = 59.08$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis se encontravam negativamente correlacionadas ($a = -0.32$, $p < .001$). Por sua vez, observou-se que o Eu tranquilizador e a depressão juntos apresentaram um efeito significativo ao nível da ligação ao bebé, explicando 20.8% da sua variância ($R^2 = .208$, $F_{2,153} = 19.99$, $p < .001$). A depressão encontrou-se significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.39$, $p < .001$) e verificou-se um efeito direto significativo do Eu tranquilizador na Ligação ao bebé com o mediador depressão ($c' = 0.08$, $p = .049$). Salienta-se a presença de um efeito total significativo do Eu tranquilizador na ligação ao bebé ($F_{1,153} = 1.78$, $p = .184$). Logo, o efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) é igualmente considerado significativo [$a*b = -0.12$, CI (-0.191, -0.069)].

De seguida, analisou-se se a ansiedade mediava a relação entre a dimensão de autocriticismo referente ao Eu tranquilizador e a ligação ao bebé (Figura 2). Os resultados indicaram que o Eu tranquilizador predizia significativamente a ansiedade, apesar de explicar apenas 9.7% da sua variância ($R^2 = .097$, $F_{1,154} = 16.50$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estão negativamente correlacionadas ($a = -0.16$, $p = .0001$). No segundo modelo, observou-se que o Eu tranquilizador e a ansiedade apresentaram um efeito conjunto significativo na ligação ao bebé, explicando 12.3% da sua variância ($R^2 = .123$, $F_{2,153} = 10.74$, $p < .001$). Denotamos que a ansiedade se encontrou significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.31$, $p < .001$), verificando-se a ausência de um efeito direto significativo do Eu tranquilizador na ligação ao bebé com o mediador ansiedade ($c' = 0.00$, $p = .999$). O efeito total do Eu tranquilizador na ligação ao bebé também não foi significativo ($F_{1,154} = 1.85$, $p = .175$). Embora, se tenha verificado um efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) significativo [$a*b = -0.05$, CI (-0.089, -0.019)].

Posteriormente, analisou-se se o *stress* mediava a relação entre a dimensão de autocriticismo referente ao Eu tranquilizador e a ligação ao bebé (Figura 2). Os resultados indicaram que o Eu tranquilizador prediz significativamente o *stress* e explica 16.4% da

sua variância ($R^2 = .164$, $F_{1,154} = 30.16$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estão negativamente correlacionadas ($a = -0.27$, $p < .001$). No segundo modelo, observou-se que o Eu tranquilizador) e o *stress* juntos apresentaram um efeito significativo ao nível da ligação ao bebé, explicando 19.2% da sua variância ($R^2 = .192$, $F_{2,153} = 18.18$, $p < .001$). De notar que o *stress* encontrou-se significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.31$, $p < .001$) e verificou-se novamente a ausência de um efeito direto significativo do Eu tranquilizador na ligação ao bebé com o mediador *stress* ($c' = 0.04$, $p = .324$). O efeito total do Eu tranquilizador na ligação ao bebé também não foi significativo ($F_{1,154} = 1.85$, $p = .175$), apesar de se observar um efeito de mediação significativo (efeito indireto – $a*b$) [$a*b = -0.08$, CI (-0.124, -0.048)].

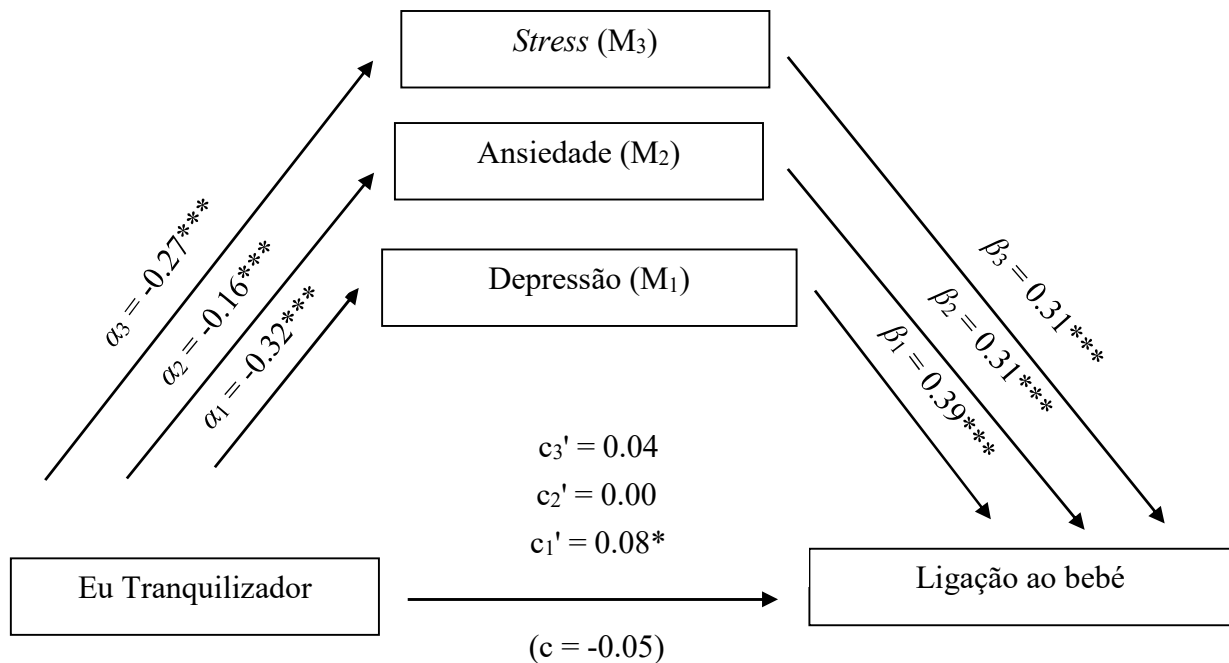


Figura 2

Análise de mediação com a depressão, ansiedade e stress como mediadores entre a dimensão Eu tranquilizador do autocriticismo e as dificuldades na Ligação ao Bebé.

** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

Por fim, verificámos ainda se a depressão mediava a relação entre o Eu detestado e a Ligação ao bebé (Figura 3). Os resultados indicaram que o Eu detestado predizia significativamente a depressão e explicava 41.6% da sua variância ($R^2 = .416$, $F_{1,153} = 108.82$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estavam positivamente correlacionadas ($a = 0.67$, $p < .001$). Também se observou que o Eu detestado e a depressão juntos

apresentaram um efeito significativo ao nível da ligação ao bebé, explicando 31.8% da sua variância ($R^2 = .318$, $F_{2,152} = 35.37$, $p < .001$). Note-se que a Depressão não se encontrou significativamente associada à Ligação ao bebé ($b = 0.10$, $p = .141$), mas verificou-se um efeito direto significativo do Eu detestado na ligação ao bebé com o mediador depressão ($c' = 0.37$, $p < .001$). O efeito total do Eu detestado na ligação ao bebé também foi significativo, realçando-se que a primeira variável explicou 30.8% da variância da ligação ao bebé ($R^2 = .308$, $F_{1,153} = 68.03$, $p < .001$). Contudo, o efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) não é considerado significativo dado que o seu intervalo de confiança inclui o zero [$a*b = 0.06$, CI (-0.034, 0.199)].

Procurámos ainda compreender se a ansiedade mediava a relação entre o Eu detestado e a ligação ao bebé (Figura 3). Os resultados indicaram que o Eu detestado predizia significativamente a ansiedade e explicava 35.1% da sua variância ($R^2 = .351$, $F_{1,154} = 83.36$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estão positivamente correlacionadas ($a = 0.45$, $p < .001$). No segundo modelo, observou-se que o Eu detestado e a ansiedade juntos apresentaram um efeito significativo ao nível da ligação ao bebé, explicando 25.7% da sua variância ($R^2 = .257$, $F_{2,153} = 26.41$, $p < .001$). De notar que a ansiedade não se encontrou significativamente associada à ligação ao bebé ($b = 0.07$, $p = .345$), mas verificou-se um efeito direto significativo do Eu detestado na ligação ao bebé com o mediador ansiedade ($c' = 0.31$, $p < .001$). O efeito total do Eu detestado na ligação ao bebé também foi significativo, realçando-se que a primeira variável explicou 25.2% da variância da ligação ao bebé ($R^2 = .252$, $F_{1,154} = 51.96$, $p < .001$). Apesar disso, o efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) também não foi significativo dado que o seu intervalo de confiança inclui o zero [$a*b = 0.03$, CI (-0.047, 0.144)].

Por sua vez, analisou-se se o *stress* mediava a relação entre a dimensão de autocriticismo referente ao Eu detestado e a ligação ao bebé (Figura 3). Os resultados indicaram que o Eu detestado predizia significativamente o *stress* e explicava 27.8% da sua variância ($R^2 = .278$, $F_{1,154} = 59.28$, $p < .001$), sendo que estas duas variáveis estavam positivamente correlacionadas ($a = 0.54$, $p < .001$). No segundo modelo, observou-se que o Eu detestado e o *stress* juntos apresentaram um efeito significativo ao nível da ligação ao bebé, explicando 29.1% da sua variância ($R^2 = .291$, $F_{2,153} = 31.42$, $p < .001$). De notar que o *stress* se encontrou significativamente associado às dificuldades na Ligação ao bebé ($b = 0.15$, $p = .004$) e verificou-se um efeito direto significativo do Eu detestado na ligação

ao bebé com o mediador *stress* ($c' = 0.26, p < .001$). O efeito total do Eu detestado na ligação ao bebé também foi significativo, realçando-se que a primeira variável explicou 25.2% da variância da ligação ao bebé ($R^2 = .252, F_{1,154} = 51.96, p < .001$). Contudo, o efeito da mediação (efeito indireto – $a*b$) não foi significativo dado que o seu intervalo de confiança inclui o zero [$a*b = 0.08, CI (-0.008, 0.205)$].

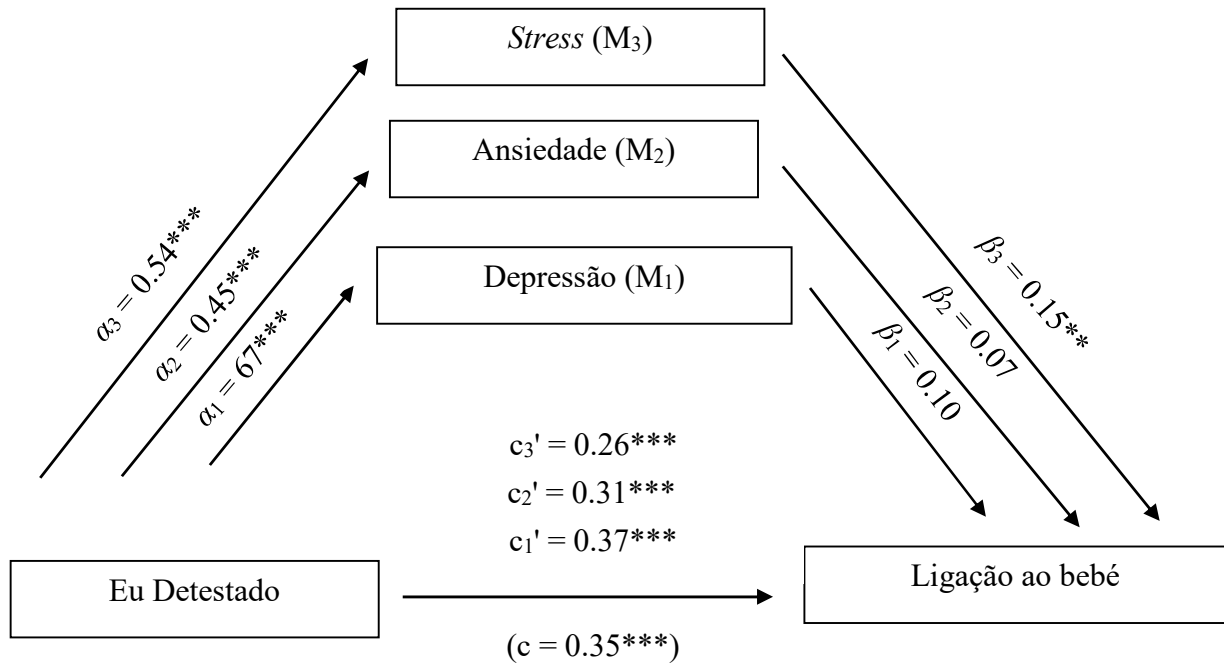


Figura 3

Análise de mediação com a depressão, ansiedade e stress como mediadores entre a dimensão Eu detestado do autocriticismo e as dificuldades na Ligação ao Bebé.

$*p < .05, **p < .01, ***p < .001$

Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal explorar a relação entre o autocriticismo, o *distress* materno e a ligação ao bebé, considerando uma amostra de mães com bebés até dois anos. A saúde mental materna pode ser impactante ao nível da capacidade do vínculo materno e apego, podendo afetar, consequentemente, o posterior desenvolvimento infantil (Brassel et al., 2020). Salientando-se que estudos preliminares indicam que existe uma probabilidade de a propensão da mãe à autocrítica aumentar durante o período pós-parto, sendo considerada como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Casalin et al., 2014). Daí considerarmos importante

estudarmos o papel do autocriticismo nas vivências maternas e na adaptação a esta fase de vida.

A primeira hipótese do estudo foi confirmada (i.e., o autocriticismo materno encontra-se positivamente correlacionado com o *distress* materno). Na presente amostra, estados afetivos mais negativos estiveram correlacionados com maiores sentimentos de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros (Eu inadequado), com respostas mais destrutivas contra o eu perante situações de fracasso (Eu detestado) e com menores níveis de autocompaixão (Eu tranquilizador). Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que demonstraram que mães deprimidas são mais autocríticas e apresentam maiores traços de raiva para consigo mesmas (para o eu), sendo que o autocriticismo correlaciona-se igualmente com o nível de ansiedade identificado pelas mães (Vliegen & Luyten, 2008; 2009). No mesmo sentido, resultados de um estudo mais recente de Zhang e colaboradores (2019), que considerou uma amostra de participantes afro-americanos, também verificou uma correlação positiva entre o autocriticismo e a depressão, sendo que a última ainda se correlaciona negativamente com a autocompaixão. Logo, quanto maior o sentimento de autocriticismo e menor o sentimento de autocompaixão, maior a vulnerabilidade para a depressão, sendo a relação inversa também provável. Salienta-se que os nossos resultados vão igualmente ao encontro de resultados obtidos em estudos nacionais com amostras de mães no período pós-parto. Especificamente, Costa e colaboradores (2017) verificaram que o preditor mais forte da sintomatologia no período pós-parto foram as crenças negativas específicas da maternidade, principalmente crenças relacionadas com a própria responsabilidade materna, que revelam níveis mais elevados de autocriticismo.

A nossa segunda hipótese de investigação (i.e., o *distress* materno encontra-se positivamente correlacionado com dificuldades na ligação ao bebé) também foi confirmada, dado que quanto maior a ligação entre as mães que participaram no presente estudo e os seus bebés, maiores os seus níveis de depressão, ansiedade e *stress*. De acordo com Morais e colaboradores (2017), a relação entre a mãe e o bebé é prejudicada pela presença de sintomas depressivos e ansiosos da figura materna, impactando o desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança, e verificando-se vários tipos de dificuldades na prestação de cuidado e na relação afetiva. Nalguns casos, por exemplo, pode haver uma menor aceitação do filho e uma menor sensibilidade ao choro do mesmo.

Ademais, Silva (2012) observaram que grávidas com elevados níveis de ansiedade realizam mais interpretações negativas sobre a gravidez, demonstram maiores complicações no parto, mais dificuldades na amamentação, maiores índices de depressão pós-parto, menor confiança nas suas capacidades e mais preocupações acerca dos bebés e delas próprias. Verificou-se ainda uma relação entre a depressão materna e dificuldades no comportamento materno. O que impacta negativamente a relação mãe-bebé, indo ao encontro dos nossos resultados. Aliás, dados de um estudo de Nazaré et al. (2011) também demonstraram que a presença de sintomas depressivos de intensidade constante por parte da figura materna associaram-se positivamente a perturbações na relação mãe-bebé.

Tal como referido anteriormente, a presença de sintomas depressivos durante os períodos de pré e pós-parto podem dever-se a um aumento da tendência para a autocritica por parte da mulher. Brassel e colaboradores (2020) referem que a falta de controlo e de autonomia durante a maternidade pressupõem por si só uma tendência para a autocritica por parte das mães, que adotam comportamentos mais duros para consigo próprias. Este autojulgamento conjuntamente com uma sensação de fracasso conduz, durante esse período, a um aumento da autocritica (Brassel et al., 2020). Consequentemente, os autores referem também um aumento da vulnerabilidade à depressão, verificando uma associação significativamente positiva entre a autocritica e a depressão.

No que diz respeito à terceira hipótese (i.e., o autocriticismo materno encontra-se negativamente correlacionado com a qualidade da ligação ao bebé) verificou-se que na nossa amostra, níveis superiores de ligação mãe-bebé estavam associados a menores sentimentos de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros (Eu inadequado), assim como a respostas menos destrutivas contra o eu (Eu detestado). Como tal, a nossa hipótese foi confirmada, indo de encontro a estudos anteriores. Se, como supramencionado, o aumento da tendência para o autocriticismo durante a gravidez e pós-parto pode conduzir ao surgimento de sintomas depressivos e ansiosos (Brassel et al., 2020; Pedro et al., 2019), será de esperar que a mãe não consiga dedicar-se completamente ao seu bebé, prejudicando a qualidade da vinculação e a ligação com o seu filho. Apesar disso, não se verificou uma associação significativa entre a ligação ao bebé e a autocompaixão (Eu tranquilizador).

Quanto às análises de mediação (i.e., hipótese 4 - o *distress* materno medeia a relação entre o autocriticismo materno e a ligação ao bebé; e hipótese 5 - o *distress*

materno medeia a relação entre o autocompaixão materna e a ligação ao bebé). Os nossos resultados demonstraram que a depressão mediou significativamente a relação entre a experiência de sentimentos de inadequação do eu por parte da mãe (Eu inadequado) e a ligação mãe-bebé. Contudo, não se verificou qualquer efeito de mediação significativo por parte do *distress* (i.e., depressão, ansiedade e *stress*) na relação entre a dimensão do autocriticismo referente ao Eu detestado e a ligação mãe-bebé.

Ademais, considerando a autocompaixão (Eu tranquilizador), compreendemos que todas as dimensões de *distress* (i.e., depressão, ansiedade e *stress*) mediarão, para a nossa amostra, a relação entre o nível de autocompaixão das participantes e a sua ligação com os seus filhos. Tal como mencionado por Gilbert (2014), face ao surgimento de estados afetivos mais negativos, os indivíduos com tendência para a autocompaixão conseguem equilibrar e regular mais eficazmente as suas emoções. Logo, as mães com esta tendência poderão sentir menos ansiedade e *stress* decorrente dos desafios da gravidez e maternidade, sentindo-se mais confiantes na sua capacidade de cuidar e mais capazes de aceitar as suas dificuldades, bem como as limitações dos seus filhos, dedicando-se mais ao vínculo com o seu bebé e estabelecendo, consequentemente, uma ligação mais positiva com o mesmo (Neff & Beretvas, 20012). No mesmo sentido, as mães com níveis superiores de autocompaixão também são mais propensas a exibir e demonstrar emoções e comportamentos positivos de cuidado e proteção (Gilbert, 2014; Moreira et al., 2015), facilitando assim o estabelecimento de uma ligação mãe-bebé.

Visto isto, a presente investigação contribui para a literatura existente, atestando a relação entre o autocriticismo, a autocompaixão e a ligação entre mães e os seus bebés, compreendendo-se igualmente o modo como o *distress* materno pode influenciar esta mesma relação, considerando nomeadamente o contexto recente de pandemia. Até ao nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a considerar as variáveis anteriormente referidas em simultâneo, estudando relações de mediação. Os nossos resultados atestaram nomeadamente a importância de considerar o autocriticismo e a autocompaixão na promoção de uma relação de qualidade entre mãe-bebé. A identificação de mulheres autocríticas pode ser assim importante após o parto e futuros estudos focados na autocompaixão seriam positivos como possíveis fatores protetores da ansiedade e depressão durante o período de pré e pós-parto. Adicionalmente, importa salientar que o

período de Covid-19 em que foi efetuado este estudo, comparado com estudos fora deste período, poderá ter acrescido alguns stressores adicionais.

Quanto às limitações, realça-se o facto de os instrumentos terem sido aplicados *online*, sem controlo nas respostas nem ajuda para esclarecimentos, limitando igualmente a nossa amostra dado que só as mães com acesso à internet conseguiram e tiveram acesso ao protocolo. Além disso, o desenho transversal do estudo não permite compreender eventuais relações de causalidade, sugerindo-se a realização de estudos futuros longitudinais a fim de esclarecer a direção dos efeitos e verificar se os resultados se mantêm ao longo do tempo. Um estudo longitudinal contribuiria para uma análise mais pormenorizada das alterações de humor e da ligação entre as mães e os seus filhos. Por sua vez, este estudo só foi realizado com mães. Para compreendermos potenciais diferenças de género, seria importante replicar o estudo com amostras de pais. Ademais, a forma como foi recolhida e o período de pandemia em que ocorreu o estudo, não é possível inferir que estes resultados possam representar um fenómeno alargado à população de recém-mães, em geral. As variáveis foram recolhidas apenas através de instrumentos de auto-relato, impedindo que estes resultados se adaptem a amostras clínicas.

Uma implicação deste estudo parece ser o destaque da importância do apoio terapêutico para as mães que demonstrem níveis de *distress* durante o período pré e pós-parto para uma diminuição dos fatores de risco. E a identificação e intervenção ao nível de fatores de proteção que podem ser promovidos na presença de risco (e.g., a autocompaixão) é crucial para prevenir o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e melhorar a ligação entre as mães e os seus filhos. De salientar que os diferentes fatores que influenciam/incrementam o *distress* requerem uma melhor clarificação em futuras investigações. E a realização de mais estudos sobre estas fases das gestantes contribui para uma melhor qualidade na relação mãe-bebé. Ademais, visto que os nossos resultados atestaram o carácter protetor e benéfico da autocompaixão ao nível da saúde mental e da vinculação entre a mãe e o bebé, poderá ser benéfico que a intervenção terapêutica neste período de vida das mulheres tenha como principal foco a aceitação e o não julgamento, a fim de aumentar as interações positivas da mãe consigo mesma, com o bebé e com outros significativos.

Referências Bibliográficas

- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 25(3), e37-e43.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.
- Anschau, F., Almeida, N. D., Dreifus, V. Z., Mardini, E. M., Martins, M. R., Kopittke, L., & de Oliveira, M. J. S. (2021). Sintomas neurológicos e psiquiátricos em gestantes infectadas pelo coronavírus: Uma revisão sistemática com metanálise. *ARTIGO ESPECIAL*, 65(1), 19-28.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., ... & Andrews, H. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self-and interactive contingencies. *Developmental Psychology*, 43(6), 1360. Doi:10.1037/0012-1649.43.6.1360.
- 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.
- Brassel, A., Townsend, M. L., Pickard, J. A., & Grenyer, B. F. (2020). Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant mental health journal*, 41(1), 69-81. Doi:10.1002/imhj.21827.
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of women's mental health*, 20(1), 113-120. Doi: 10.1007/s00737-016-0684-7.
- Casalin, S., Luyten, P., Besser, A., Wouters, S., & Vliegen, N. (2014). A longitudinal cross-lagged study of the role of parental self-criticism, dependency, depression,

- and parenting stress in the development of child negative affectivity. *Self and Identity*, 13(4), 491–511. Doi:10.1080/15298868.2013.873076.
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, (54), 63-86. Doi: 10316.2/5578.
- Costa, C., Rodrigues, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2017). Adaptação da escala de crenças disfuncionais face à maternidade para a população portuguesa: Estudos psicométricos. *Análise Psicológica*. Doi: 10.14417/ap.1387.
- Dunford, E., & Granger, C. (2017). Maternal guilt and shame: Relationship to postnatal depression and attitudes towards help-seeking. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1692-1701. Doi:10.1007/s10826-017-0690-z.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-9.
- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother–infant bonding. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9), 1997-2010.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41. Doi: 10.1111/bjc.12043.
- Loew, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 75, 101808.
- Morais, A. O. D. D. S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. D. S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A. D., ... & Ribeiro, M. R. C. (2017). Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/child relationship based on a prenatal cohort: an approach with structural equations modeling. *Cadernos de Saude Publica*, 33(6), e00032016-e00032016.

- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2015). Maternal attachment and children's quality of life: The mediating role of selfcompassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2332-2344. Doi:10.1007/s10826-014-0036-z.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. In *VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1961-1973). Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12, 78-98. Doi: 10.1080/15298868.2011.639548.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), 357-364.
- Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: the buffering effect of self-compassion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(5), 539-553.
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-248. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>.
- Silva, S. M. A. D. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social* (Doctoral dissertation, [sn]).
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Lin, H., & Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Maternal and child health journal*, 15(3), 401-409.

- Smorti, M., Ponti, L., & Pancetti, F. (2019). A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: the role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Frontiers in public health*, 7, 295.
- Vliegen, N., & Luyten, P. (2008). The role of dependency and self-criticism in the relationship between postpartum depression and anger. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.02.015>
- Vliegen, N., & Luyten, P. (2009). Dependency and self-criticism in post-partum depression and anxiety: A case control study. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(1), 22-32.
- Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., ... & Kaslow, N. J. (2019). Self-criticism and depressive symptoms: Mediating role of self-compassion. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 80(2), 202-223. Doi: 10.1177/0030222817729609.