



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Rita Fernandes

**FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA E PARENTALIDADE
CONSCIENTE NO PÓS-PARTO: O PAPEL MEDIADOR
DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Professora Doutora Helena Teresa da Cruz Moreira e co-orientada pela Doutora Maria Inês Oliveira e Costa de Almeida Trindade e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

**FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA E
PARENTALIDADE CONSCIENTE NO PÓS-
PARTO: O PAPEL MEDIADOR DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

Ana Rita Fernandes

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Professora Doutora Helena Teresa da Cruz Moreira e co-orientada pela Doutora Maria Inês Oliveira e Costa de Almeida Trindade e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

À Professora Doutora Helena Moreira pela disponibilidade e dedicação constantes. Por ter sido uma orientadora presente e compreensiva. Pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis. Pela excelente orientação e profissionalismo com que sempre me guiou. Por todo o esforço ao longo deste ano para que fosse possível continuar do nosso lado e por estar sempre disponível para escutar as nossas dificuldades.

À Doutora Inês Trindade pela sua disponibilidade e ajuda incansável. Pelas horas despendidas a rever cada frase escrita e pela delicadeza com que sempre me presenteou. Pela compreensão e apoio demonstrados. Por ter permitido a concretização desta etapa. Sinto-me profundamente grata.

Aos meus pais, que foram e são sempre a base de tudo. Por todas as oportunidades que me deram e pelo apoio incondicional. Pela confiança que sempre depositaram em mim e por me incentivarem a voar sempre mais alto. Por todas as lágrimas que me limpavam e por serem o meu porto seguro, sempre. Pelo amor e orgulho que demonstram todos os dias.

À Márcia e à Andreia, que foram a família Coimbra me deu. Pelo apoio incondicional e pela amizade que levo para a vida.

Às minhas colegas, à Diana, Daniela, Mariana e Inês, por terem tornado esta etapa ainda mais especial. Por todo o apoio e companheirismo que demonstraram sempre.

À minha família e amigos de um modo geral, pelo incentivo constante e pelos momentos felizes que temos partilhado.

A todas as participantes neste projeto, por terem colaborado e permitido a sua realização. O meu profundo agradecimento.

A todos, um enorme obrigada por serem parte fundamental deste meu percurso e da minha vida.

Resumo

Objetivos: O presente estudo procurou explorar se a relação entre a flexibilidade psicológica (representada pela consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência) e a parentalidade consciente é mediada pela sintomatologia depressiva experienciada no período pós-parto. **Métodos:** Foi utilizada uma amostra, recolhida exclusivamente online, constituída por 361 mulheres no período pós-parto (0-2 meses pós-parto) que completaram os seguintes instrumentos: Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade – Versão Bebê, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e Avaliação Compreensiva dos Processos da Terapia de Aceitação e Compromisso (CompACT). Este estudo apresenta um desenho longitudinal, cuja recolha de dados ocorreu em dois momentos com cerca de 3 meses de intervalo. **Resultados:** Verificaram-se efeitos diretos significativos das dimensões consciência comportamental e ação valorizada na parentalidade consciente. Especificamente, níveis mais elevados de consciência comportamental e de ação valorizada associaram-se a níveis mais elevados de parentalidade consciente. Verificaram-se também efeitos indiretos significativos entre a flexibilidade psicológica (i.e, consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência) e a parentalidade consciente através da sintomatologia depressiva experienciada no período pós-parto. Estes efeitos indiretos ocorreram através de associações negativas entre a flexibilidade psicológica e sintomas depressivos, bem como de associações negativas entre estes sintomas e a parentalidade consciente. **Conclusões:** Os resultados obtidos sugerem que a sintomatologia depressiva experienciada pelas mães no período pós-parto se constitui como um importante mecanismo explicativo da relação entre a flexibilidade psicológica e a adoção de uma parentalidade consciente. Estes resultados sugerem que intervenções psicológicas com mães no período pós-parto, poderão beneficiar de práticas de promoção de flexibilidade psicológica, para a redução da sintomatologia depressiva e promoção de uma parentalidade consciente.

Palavras-chave: flexibilidade psicológica, sintomatologia depressiva, parentalidade consciente, período pós-parto

Abstract

Objectives: *The present study aimed to explore whether the relationship between psychological flexibility (represented by behavioral awareness, valued action and openness to experience) and mindful parenting was mediated by depressive symptomology experienced in the postpartum period.* **Methods:** *This study comprises a sample, collected exclusively online, of 361 women in the postpartum period (0-2 months postpartum) who completed the following instruments: Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale - Baby Version, Edinburgh Postnatal Depression Scale and Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT). Since this is a longitudinal study, data collection occurred in two moments about 3 months apart.* **Results:** *There were significant direct effects of the behavioral awareness and valued action dimensions in mindful parenting. Specifically, higher levels of behavioral awareness and valued action were associated with higher levels of mindful parenting. Significant indirect effects were found between psychological flexibility (i.e., behavioral awareness, valued action and openness to experience) and mindful parenting through depressive symptomatology experienced in the postpartum period. These indirect effects occurred through negative associations between psychological flexibility and depressive symptomatology, as well as negative associations between these symptoms and mindful parenting.* **Conclusions:** *The results suggest that depressive symptomatology experienced by mothers in the postpartum period constitutes an important explanatory mechanism of the relationship between psychological flexibility and mindful parenting. These results suggest that interventions with mothers in the postpartum period, may benefit from psychological flexibility approaches to reduce depressive symptomatology and promote mindful parenting.*

Keywords: *psychological flexibility; depressive symptomatology; mindful parenting, postpartum period.*

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract.....	6
Flexibilidade Psicológica e Parentalidade Consciente no Pós-Parto: O Papel Mediador da Sintomatologia Depressiva	8
Introdução	8
Metodologia.....	15
Participantes	15
Procedimentos	17
Instrumentos	18
Análise de Dados	20
Resultados.....	22
Análises Preliminares	22
Análises de Mediação	23
Discussão	25
Referências Bibliográficas.....	31

Flexibilidade Psicológica e Parentalidade Consciente no Pós-Parto: O Papel Mediador da Sintomatologia Depressiva

Introdução

A transição para a parentalidade é um processo psicológico complexo e de desenvolvimento que implica um conjunto de transformações a nível pessoal e social (Aber et al., 2013). Apesar deste período se constituir como uma fase de potencial crescimento emocional para a mãe (Feeney, 2003), este implica diversas tarefas desenvolvimentais (e.g., criar uma ligação com o bebé, adaptar-se à mudança na relação com o parceiro, formar a sua identidade materna, encontrar e aceitar apoios, encontrar um equilíbrio com outras atividades), pelo que muitas vezes se constitui como um desafio e um período de maior vulnerabilidade (Nelson, 2003; Potharst et al., 2017).

Ainda que a parentalidade seja um dos momentos mais significativos da vida de um indivíduo, o bem-estar, amor e alegria sentidos andam, muitas vezes, de mãos dadas com a angústia, o desamparo e frustração no decorrer do período pós-parto (Javadifar et al., 2016). Assim, os reajustamentos emocionais, comportamentais e cognitivos que ocorrem neste período podem aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente sintomatologia ansiosa e depressiva clinicamente significativa (Fonseca et al., 2018; Epifanio et al., 2015; Goodman, 2004).

De facto, estima-se que estes sintomas afetem entre 10 a 15% das mulheres (Shorey et al., 2018; Epifanio et al., 2015). A sintomatologia depressiva experienciada neste período caracteriza-se, geralmente, por um desânimo persistente, alterações ao nível do humor, sentimentos de desesperança e inutilidade, culpa, alterações do sono e do apetite e sentimento de incapacidade para cuidar do recém-nascido (Epifanio, 2015; Florio, Smith & Jones, 2013). Por este motivo, pode provocar efeitos adversos significativos tanto na mãe como no seu bebé, perturbando a sua interação, bem como a ligação entre ambos.

A literatura tem demonstrado numerosas dificuldades parentais entre as mães deprimidas, nomeadamente o facto de serem, tendencialmente, menos responsivas às necessidades dos seus filhos, menos capazes de fornecer cuidados adequados à idade, para além de um aumento da hostilidade e taxas mais elevadas de comportamentos parentais negativos (por exemplo, maior crítica) (Missler et al., 2018; Goodman, 2007;

Goodman & Garber, 2017; Goodman & Brumley, 1990; Gordon et al., 1989; Field et al., 1990; Weissman & Paykel, 1974). Uma meta-análise conduzida por Lovejoy et al. (2000) verificou, também, associações significativas e moderadas entre a depressão materna e comportamentos parentais mais hostis (por exemplo, coerção) e comportamentos parentais menos positivos (por exemplo, afeto, carinho, atividades positivas). Este aspeto pode ser especialmente preocupante para os bebés, uma vez que dependem de cuidados sensíveis e responsivos (Bornstein, 2006). De facto, encontra-se amplamente documentado que mães que experienciam sintomatologia depressiva no período pós-parto tendem a estabelecer interações de menor qualidade com os seus bebés (Aoyagi et al., 2019; Goodman et al., 2017; Tietz et al. 2014).

Recentemente, um estudo desenvolvido por Moreira & Canavarro (2018) com base numa amostra de mães de adolescentes, verificou que mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, apresentavam níveis significativamente mais baixos de parentalidade consciente, quando comparadas com o grupo que não apresentava sintomatologia. Mais ainda, um estudo de Moreira et al. (2019) que incluiu uma amostra de 335 pais de crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos, concluiu que pais que experienciavam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, bem como de stress parental, tendiam a apresentar resultados mais baixos nas várias dimensões da parentalidade consciente.

Desta forma, é plausível esperar que, também no período pós-parto, a sintomatologia depressiva experienciada, bem como as dificuldades que dela advém, possam influenciar negativamente a capacidade dos pais adotarem uma abordagem parental consciente na relação com o seu bebé (Fernandes, Canavarro & Moreira, 2021; Moreira & Canavarro, 2018).

A parentalidade consciente é uma das mais recentes aplicações do *mindfulness* (Moreira & Canavarro, 2015). O *mindfulness* define-se como uma abordagem baseada na atenção plena e consciência do momento presente (Brown & Ryan, 2003). Este permite uma maior flexibilidade e perceção do momento presente, bem como uma menor reatividade e maior aceitação das experiências internas (seja a nível somático, cognitivo, afetivo ou comportamental) (Duncan, 2009). Desta forma, a parentalidade consciente designa um conjunto de práticas que procuram aumentar a consciência na interação pais - filhos (Duncan et al., 2009). Esta abordagem parental caracteriza-se por uma atitude de

não ajuizamento na relação parental, de atenção plena nas interações, bem como de autocompaixão e compaixão pela criança (Bögels & Restifo, 2014; Duncan, 2009). De acordo com Kabat-Zinn e Kabat-Zinn (1997), "significa ver se nos podemos lembrar de trazer esse tipo de atenção, abertura e sabedoria para todos os momentos com nossos filhos" (pág. 25). Segundo Duncan et al. (2009), a adoção de uma parentalidade consciente engloba cinco dimensões relevantes na interação pai-filho: (a) escutar com atenção plena; (b) aceitação não ajuizadora de si mesmo e da criança; (c) consciência emocional de si mesmo e da criança; (d) autorregulação na prática parental; e (e) compaixão por si mesmo e pela criança. A qualidade desta relação pode, assim, ser melhorada por meio da promoção destas dimensões, que permitem aos pais desenvolver uma postura não reativa, calma e consistente em relação aos filhos, de acordo com seus valores e objetivos parentais (Duncan, 2009; Fernandes, Canavarro & Moreira, 2021).

Para além disso, vários estudos demonstram associações positivas entre a prática de uma parentalidade consciente e indicadores positivos para os pais e filhos, bem como no que concerne o seu relacionamento. Assim, verifica-se que a parentalidade consciente se encontra associada a práticas parentais mais positivas, nomeadamente estilos parentais mais autoritativos e menos autoritários (Gouveia et al., 2016; Williams & Wahler, 2010), maior afeto e carinho (Duncan et al., 2015; Wang et al., 2018) e melhor comunicação com a criança (Duncan et al. 2015). Alguns estudos sugerem também que, a parentalidade consciente se encontra associada a níveis mais baixos de stress parental (Beer et al., 2013; Bögels & Restifo, 2014; Bögels et al., 2014; Gouveia et al., 2016), bem como a um estilo de vinculação mais seguro entre os pais e a criança (Medeiros et al., 2016; Moreira et al., 2018). Desta forma, a prática de uma parentalidade consciente proporciona um contexto que permite aos pais serem mais responsivos, aceitadores e menos reativos na interação com os seus filhos, aumentando a satisfação e a qualidade da relação entre ambos (Duncan et al., 2009).

Ainda que os efeitos positivos da prática da parentalidade consciente estejam amplamente documentados pela literatura, os estudos relativos às práticas parentais no período pós-parto são praticamente inexistentes. Ainda assim, um estudo desenvolvido por Potharst et al. (2017), demonstrou a eficácia de um programa de treino parental baseado na parentalidade consciente, destinado a mães de bebés até aos 18 meses. Este programa mostrou-se eficaz na redução do stress parental, da psicopatologia materna e

hostilidade para com o bebê, bem como na promoção do bem-estar, autocompaixão, responsividade nas interações mãe-bebê, afeto e confiança no exercício da parentalidade, para além de promover a prática de uma parentalidade consciente. Mais ainda, estudos recentes de Short et al. (2017), Gannon et al. (2017) e Gannon et al. (2019) procuraram desenvolver um programa de intervenção parental baseado no *mindfulness* para mães diagnosticadas com perturbação por uso de opióides, tendo este demonstrado um aumento da qualidade dos comportamentos e práticas parentais, bem como da vinculação mãe-bebê.

Embora exista uma ampla evidência dos efeitos positivos da prática da parentalidade consciente, os estudos relativos às variáveis que podem promover ou dificultar a sua adoção são escassos, principalmente no que se refere ao período pós-parto (Fernandes, Canavarro & Moreira, 2021). Segundo o modelo de Belsky (1984), a parentalidade consciente, assim como outros estilos e práticas parentais, é multideterminada e pode ser influenciada pela conjugação de variáveis parentais (por exemplo, género e psicopatologia), da criança (por exemplo, temperamento e idade) e relacionadas com o contexto social em que a relação pai-filho se encontra inserida (por exemplo, rede de apoio social, relações conjugais e contexto profissional).

Como explicitado anteriormente, outro potencial determinante da parentalidade consciente diz respeito à saúde mental dos pais, nomeadamente o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Posto isto, existe uma ampla evidência de que o desenvolvimento de sintomatologia depressiva no período pós-parto se relaciona com fatores de risco contextuais (tais como, estado socioeconómico, estado civil, rede de apoio social) e clínicos (tais como, histórico anterior de depressão) (Robertson et al., 2004; O'Hara & McCabe, 2013). Para além disso, estudos recentes apontam a ausência de competências de autorregulação, nomeadamente a capacidade de regulação das emoções, autocompaixão e flexibilidade psicológica como potenciais fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva (Fonseca et al., 2018; Felder et al., 2016).

A flexibilidade psicológica define-se como a capacidade de estar em contato com o momento presente de forma plena e consciente, mudando ou persistindo em comportamentos consistentes com os próprios valores (Hayes et al., 2006; Hayes, Pistorello & Levin, 2012). Esta é, assim, o principal alvo do modelo da Terapia de

Aceitação e Compromisso (ACT) e é estabelecida através de seis processos: aceitação, desfusão cognitiva, eu como contexto, contacto com o momento presente, clareza de valores e ação comprometida com valores) (Hayes, Strosal & Wilson, 2012). Assim, a ACT pode ser definida como um modelo de intervenção que utiliza processos de *mindfulness* e aceitação, bem como processos de compromisso e mudança de comportamento para promover a flexibilidade psicológica (Hayes, Pistorello & Levin, 2012). Neste modelo, os processos assentes no *mindfulness* e aceitação dizem respeito à aceitação (envolvimento ativo e consciente com as experiências privadas, sem tentativas de alterar a sua frequência ou forma), desfusão cognitiva (capacidade de ver os pensamentos como acontecimentos transitórios e subjetivos que acontecem na mente e não como verdadeiras representações da realidade), eu como contexto (o sentido de si mesmo como um observador externo de pensamentos, sentimentos e experiências) e contacto com o momento presente (contacto sem julgamento com o contexto interno e externo), constituindo-se, estes, como os princípios basilares do *mindfulness*. Por outro lado, os processos assentes no compromisso e mudança de comportamento envolvem o contacto com o momento presente, eu como contexto, clareza de valores (conceitos provenientes dos diferentes domínios da vida que proporcionam um sentido e um caminho claro para uma vida realizada) e ação comprometida com valores (desenvolvimento de padrões de escolhas e ações congruentes com os valores de vida) (Hayes, Pistorello & Levin, 2012; Hayes et al., 2006).

Nos últimos anos, tem sido crescente o interesse pelo estudo da flexibilidade psicológica. De acordo com o modelo da ACT, um maior bem-estar psicológico caracteriza-se pelo contacto aberto e flexível com o contexto interno e externo, bem como pelo compromisso com comportamentos consistentes com os próprios valores de vida (Hayes et al., 2006). De forma inversa, várias formas de psicopatologia são conceptualizadas em termos de flexibilidade psicológica reduzida, caracterizada por processos maladaptativos (por exemplo, evitamento experiencial) e pela escassez de comportamentos consistentes com valores de vida (Masuda & Tully, 2012). O evitamento experiencial refere-se aos esforços realizados para alterar a frequência ou forma das experiências internas indesejadas, evitando, desta forma, confrontá-las (por exemplo, pensamentos, memórias, emoções e sensações corporais) e caracteriza-se como o processo que se opõe à aceitação (Hayes et al., 1996). Vários estudos verificaram que a flexibilidade psicológica se encontra positivamente associada ao bem-estar psicológico

(Kashdan & Rottenberg, 2010) e negativamente associada a sintomatologia depressiva (Bond & Bunce, 2000) e ansiosa (Kashdan et al., 2006). Adicionalmente, alguns estudos demonstraram, utilizando como medida o Questionário Geral de Saúde (GHQ; Goldberg, 1978), que níveis mais elevados de flexibilidade psicológica, medida através do Questionário de Aceitação e Ação (AAQ; Hayes, Strosahl et al., 2004), se encontram associados a uma menor probabilidade de desenvolvimento de psicopatologia (Bond & Bunce, 2000, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004). No entanto, a flexibilidade psicológica não se correlaciona apenas com medidas de psicopatologia. Em 2004, McCracken concluiu que níveis mais elevados de flexibilidade psicológica entre doentes com dor crónica se associavam significativamente com menor necessidade de cuidados de saúde relacionados com a dor, bem como com uma menor quantidade de analgésicos prescritos. Já no que concerne ao período pós-parto, um estudo recente de Fonseca et al. (2018), concluiu que uma menor flexibilidade psicológica se associa significativamente a sintomas depressivos mais elevados.

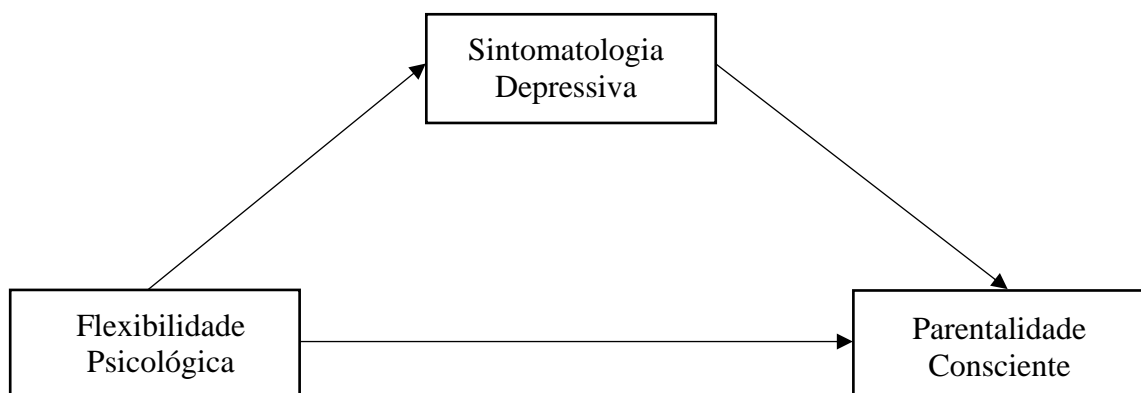
Mais ainda, importa destacar a relação entre a flexibilidade psicológica e as práticas parentais. Vários estudos têm demonstrado que a inflexibilidade psicológica se associa positivamente com práticas parentais menos positivas, assim como com níveis mais elevados de *distress* parental (Brown, Whittingham & Sofronoff, 2015). Os mesmos autores concluíram, com base numa amostra de 95 pais (90% mães) de crianças com Lesão Cerebral Adquirida, que a ACT, quando combinada com práticas parentais positivas, melhora os resultados comportamentais e emocionais das crianças e os estilos parentais, nomeadamente o excesso de reatividade, sendo esta relação mediada por mudanças ao nível da flexibilidade psicológica (Brown, Whittingham, Boyd, et al., 2015). Para além disso, concluíram que a mesma combinação se associou a uma redução do *distress* parental, a um aumento da sua confiança na capacidade de gestão do comportamento da criança, bem como do ajuste familiar e do casal, diminuindo o número de divergências entre os pais (Brown, Whittingham, Boyd, et al., 2015). Assim, considerando o impacto positivo da flexibilidade psicológica nas práticas parentais, pode esperar-se que esta tenha um papel igualmente importante no período pós-parto, promovendo a adoção de práticas parentais mais positivas e uma melhor qualidade das interações pais-bebé.

O Presente Estudo

O presente estudo visa colmatar as lacunas existentes na literatura e promover o conhecimento neste domínio, explorando o mecanismo subjacente à associação entre a flexibilidade psicológica e a parentalidade consciente no período pós-parto. Assim, trata-se de um estudo longitudinal que tem como objetivo analisar a relação entre a flexibilidade psicológica (consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência) e a adoção de uma parentalidade consciente, nomeadamente o possível mecanismo de mediação desta relação por parte da sintomatologia depressiva experienciada pelas mães no período pós-parto (0-2 meses pós-parto). Com base em estudos anteriores que demonstram que a flexibilidade psicológica se associa negativamente com a presença de psicopatologia, nomeadamente de sintomatologia depressiva (e.g., Bond & Bunce, 2000) e que esta se encontra positivamente associada a práticas parentais menos positivas (e.g., Goodman, 2007), incluindo níveis mais baixos de parentalidade consciente (Moreira & Canavarro, 2018), esperamos encontrar um efeito indireto da flexibilidade psicológica na prática de uma parentalidade consciente, através da sintomatologia depressiva experienciada no período pós-parto. O modelo conceptual das relações em estudo encontra-se discriminado na Figura 1.

Figura 1

Modelos Conceptual do Estudo



Metodologia

Participantes

A amostra que compõe este estudo é constituída por 361 mulheres no período pós-parto. A sua média de idades situa-se nos 32.16 anos, enquanto a média de idade dos bebés é de 2.36 meses. A maioria das participantes apresenta um nível de escolaridade elevado, encontra-se empregada e coabita com um companheiro. As principais características sociodemográficas e clínicas das mães são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 361)

	<i>M (DP)</i>	<i>Mín-Máx</i>
Idade da Mãe	32.16 (4.22)	19-43
Idade do Bebé (meses)	2.36 (1.30)	0-8
Número de filhos	1.34 (0.60)	1-4
	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Habilitações Literárias		
Até ao Ensino Secundário	70	19.4
Ensino Superior	291	80.6
Situação Profissional		
Não empregada	28	7.8
Empregada	333	92.2
Rendimento Líquido do Agregado		
≤ 2000 €	197	54.6
2001€ - 4000€	143	39.6
≥ 4001€	21	5.8
Paridade		
Primípara	260	72.0
Multípara	101	28.0
Situação Marital		
Vive com um companheiro	354	98.1

Vive sem um companheiro	7	1.9
Localização Geográfica		
Norte	95	26.3
Centro	67	18.6
Lisboa	148	41.0
Alentejo	26	7.2
Algarve	14	3.9
Madeira	8	2.2
Açores	3	0.8
Sexo do Bebé		
Feminino	187	51.8
Masculino	174	48.2
Licença de Parentalidade		
Sim	332	92.0
Não	29	8.0

Características Clínicas da Amostra (N = 361)

	<i>M (DP)</i>	<i>Mín-Máx</i>
Satisfação com o parto	7.51 (2.47)	0-10
	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Complicações obstétricas durante a gravidez		
Sim	98	27.1
Não	263	72.9
Gravidez de risco		
Sim	119	33.0
Não	242	67.0
Contacto pele com pele		
Sim	250	69.3
Não	111	30.7
Amamentação		
Sim	341	94.5
Não	20	5.5

Impacto da pandemia no bem estar emocional durante a gravidez		
Sim	280	77.6
Não	81	22.4
Impacto da pandemia no bem estar emocional durante o parto		
Sim	215	59.6
Não	146	40.4
Impacto da pandemia no bem estar emocional durante o pós-parto		
Sim	295	81.7
Não	66	18.3
Acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico atual		
Não, nenhum	337	93.4
Sim, psicológico	15	4.2
Sim, psiquiátrico	4	1.1
Sim, ambos	5	1.4

Procedimentos

Para a participação no estudo, foram definidos como critérios de inclusão a mãe ter uma idade igual ou superior a 18 anos e ter tido um bebé nos últimos quatro meses. Este estudo apresenta um desenho longitudinal, quantitativo e correlacional, pelo que a recolha de dados ocorreu em dois momentos com cerca de 3 meses de intervalo, em dezembro de 2020 (momento 1) e em março de 2021 (momento 2).

A amostra foi recolhida online, através de um questionário de autorresposta elaborado na plataforma de recolha de dados LimeSurvey®. Para efeitos de divulgação do estudo foi criada uma página de Facebook e de Instagram, partilhadas em diversos grupos relacionados com a temática da parentalidade. Os diversos anúncios publicados explicitavam quais os principais objetivos do estudo e quais os seus critérios de inclusão, contendo, também, a ligação para preenchimento do protocolo. A primeira página do protocolo apresentava uma breve descrição dos objetivos do estudo, dos critérios de inclusão e das questões éticas subjacentes ao estudo, nomeadamente as normas de

confidencialidade e anonimato, sendo que apenas as participantes que concordaram com as condições do estudo e forneceram o seu consentimento informado completaram o protocolo de avaliação. Uma vez que se tratou de um estudo longitudinal, no final do protocolo as participantes foram convidadas a colocar o seu e-mail, para contacto posterior. No segundo momento de recolha de dados, a ligação da plataforma LimeSurvey®, contendo o protocolo de avaliação foi partilhado através do e-mail com as participantes que aceitaram ser contactados para este efeito. No total, participaram no primeiro momento de avaliação 1456 mães. Destas, apenas 952 completaram o protocolo na sua totalidade e apenas 624 aceitaram participar no segundo momento de avaliação. Das 624 participantes contactadas, apenas 405 responderam, das quais apenas 361 completaram todos os questionários utilizados no presente estudo.

Instrumentos

Dados sociodemográficos e clínicos

O questionário sociodemográfico e clínico foi utilizado para avaliar as principais características da amostra. Relativamente às características sociodemográficas, este incluiu questões relativas à idade, número de filhos, escolaridade, situação profissional, rendimento mensal, situação marital e área de residência das mães, bem como a idade e sexo do bebé. No que diz respeito às características clínicas da amostra, este englobou questões relativas à ocorrência de complicações obstétricas durante a gravidez ou gravidez de risco, satisfação com o parto (avaliada numa escala de 0 a 10 em que 0 = totalmente insatisfeita, 5 = moderadamente satisfeita e 10 = muitíssimo satisfeita), existência de contacto pele com pele com o bebé no momento a seguir ao parto e amamentação. Mais ainda, compreendeu questões relativas ao acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, assim como o impacto percebido da pandemia no bem estar emocional durante a gravidez, parto e pós-parto (avaliado com recurso às questões: “Considera que a atual pandemia teve um impacto negativo no seu bem estar emocional durante a gravidez?”; “Considera que a atual pandemia teve um impacto negativo no seu bem estar emocional durante o parto?”; e “Considera que a atual pandemia teve um impacto negativo no seu bem estar emocional durante o pós-parto?”).

Sintomatologia Depressiva

A versão portuguesa da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Figueiredo, 2001) é uma escala de autorresposta que se constitui como uma forma eficiente de identificar pacientes em risco de depressão perinatal. Esta escala é constituída por 10 itens (e.g., “Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas”; “Tenho-me sentido triste ou muito infeliz”) que avaliam a intensidade dos sintomas depressivos nos 7 dias anteriores ao seu preenchimento. Os itens são avaliados numa escala de Likert, de 0 (*sim, sempre*) a 3 pontos (*não, nunca*) e o seu resultado obtém-se através do somatório de todos os itens, sendo que um resultado superior a 9 é indicador de uma possível depressão. A versão original da EPDS (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente adequada fiabilidade dos resultados obtida através do método da divisão em duas partes iguais, bem como uma adequada consistência interna. Também a versão portuguesa (Figueiredo, 2001) apresenta boas propriedades psicométricas, incluindo, uma boa fiabilidade avaliada através do coeficiente de partição e do método de teste-reteste e, ainda, uma adequada consistência interna (α Cronbach = .87).

Flexibilidade Psicológica

Foi utilizada a versão portuguesa da escala CompACT (CompACT-18; Francis, Dawson, & Golijani-Moghaddam, 2016; Trindade, Ferreira, Mendes, Ferreira, Dawson, & Golijani-Moghaddam, 2021), que permite realizar uma avaliação abrangente dos processos da Terapia da Aceitação e Compromisso, ou seja, da flexibilidade psicológica. Este instrumento de auto-resposta inclui três subescalas: (1) Abertura à Experiência (e.g., “Tento manter-me ocupado/a para evitar ter alguns pensamentos e sentimentos”), (2) Ação valorizada (e.g., “Comporto-me de acordo com os meus valores pessoais”) e (3) Consciência Comportamental (e.g., “Faço atividades ou tarefas automaticamente, sem estar atento/a ao que estou a fazer”). A versão portuguesa da CompACT-18 é constituída por 18 itens avaliados numa escala de Likert de 0 (*discordo fortemente*) a 6 pontos (*concordo fortemente*). O resultado da escala é obtido pelo somatório das pontuações de cada item, sendo que quanto mais elevado, maior o nível de flexibilidade psicológica da participante. A versão original da escala (Francis, Dawson, & Golijani-Moghaddam, 2016) apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente boa fiabilidade e

consistência interna. A versão portuguesa (Trindade, Ferreira, Mendes, Ferreira, Dawson, & Golijani-Moghaddam, 2021) apresenta, também, boas propriedades psicométricas, com uma adequada consistência interna (α Cronbach = .84).

Parentalidade Consciente

A versão portuguesa da Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade – Versão Bebê (IM-P; Duncan, 2007; Caiado et al., 2020) foi utilizada para avaliar a parentalidade consciente das mães pertencentes à amostra. Este instrumento é constituído por 28 itens que se distribuem por 5 subescalas: (1) compaixão pela criança (e.g., “Eu sou carinhoso(a) para o meu bebé quando ele está choroso, agitado ou incomodado com alguma coisa”); (2) aceitação não ajuizadora do funcionamento parental (e.g., “Quando as coisas que eu tento fazer como pai/mãe não funcionam, eu consigo aceitá-las e seguir em frente”); (3) autorregulação na parentalidade (e.g., “Quando estou aborrecido com o meu bebé, apercebo-me de como me estou a sentir antes de agir”); (4) escutar com atenção plena (e.g., “Faço à pressa atividades com o meu bebé, sem estar realmente atento a ele”); (5) consciência emocional da criança (e.g., “Consigo perceber o que o meu bebé está a sentir, mesmo sem ele conseguir falar”). Os itens são avaliados numa escala de Likert, de 1 (*nunca verdadeira*) a 5 pontos (*sempre verdadeira*) e o seu resultado total obtém-se calculando a soma da pontuação de todos os itens, sendo que resultados mais elevados indicam níveis mais elevados de parentalidade consciente. Ambas as versões, original (Duncan, 2007) e portuguesa (Caiado et al., 2020), apresentaram boas propriedades psicométricas, nomeadamente adequada validade de construto e consistência interna (α Cronbach = .87).

Análise de Dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico IBM SPSS versão 25.0 e à ferramenta PROCESS versão 3.5 (Hayes, 2013).

Num primeiro momento, de forma a obter uma caracterização da amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas. De seguida, foram calculadas as correlações de Pearson entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a sintomatologia depressiva no pós-parto e a parentalidade consciente, com o objetivo de identificar possíveis covariáveis a introduzir no modelo de mediação. Foram utilizadas as diretrizes de Cohen (1988) para descrever e interpretar a magnitude das

correlações (i.e., fracas para correlações até .10, moderadas para valores próximos de .30, e elevadas para correlações iguais ou superiores a .50).

Por último, foram realizadas as análises de mediação com recurso à macro PROCESS versão 3.5 (Hayes, 2018). Assim, foi testado um modelo de mediação simples (modelo 4). Através desta análise, pretendeu-se verificar se a relação entre as diferentes dimensões da flexibilidade psicológica (consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência; variáveis independentes) e a parentalidade consciente (variável dependente) era mediada pela sintomatologia depressiva no período pós-parto (variável mediadora). Na Figura 1 estão representados os efeitos das variáveis independentes (VIs) na variável mediadora (VM), os efeitos da VM na variável dependente (VD) e os efeitos diretos e totais das VIs na VD. Para avaliar os efeitos indiretos foi realizado um procedimento *bootstrapping* (com 5000 amostras) que permite gerar intervalos de confiança (IC 95% *bias-corrected and accelerated confidence intervals*). Os efeitos indiretos foram considerados significativos quando o valor de zero não estava contido nos intervalos de confiança obtidos.

Resultados

Análises Preliminares

Antes de se proceder à análise do modelo de mediação, com o objetivo de identificar potenciais variáveis a controlar no modelo, foram calculadas as correlações bivariadas de Pearson entre algumas variáveis sociodemográficas e as variáveis mediadora e dependente. Tal como se verifica na Tabela 2, foram encontradas correlações significativas entre a parentalidade consciente e a idade do bebé ($r = -.11, p < .05$), o impacto da pandemia no parto ($r = .14, p < .01$), o impacto da pandemia no pós-parto ($r = .11, p < .05$), e a satisfação com o parto ($r = .11, p < .05$). Relativamente à sintomatologia depressiva no pós-parto, verificou-se que esta se correlacionou significativamente com as habilitações literárias da mãe ($r = -.12, p < .05$), a existência de complicações durante a gravidez ($r = -.11, p < .05$), a satisfação com o parto ($r = -.14, p < .01$), a amamentação ($r = .15, p < .01$), bem como o impacto da pandemia na gravidez ($r = -.25, p < .01$), parto ($r = -.14, p < .01$) e pós-parto ($r = -.30, p < .01$). Considerando as diretrizes de Cohen (1988) para descrever e interpretar a magnitude das correlações, verificou-se que as correlações encontradas são maioritariamente fracas. Ainda assim, todas estas variáveis foram introduzidas como covariáveis no modelo de mediação.

Tabela 2

Correlações entre as Variáveis em Estudo

	Parentalidade Consciente M2	Sintomatologia Depressiva M2
Idade da Mãe	.04	.07
Idade do Bebê	-.11*	.10
Sexo do Bebê	.00	-.07
Habilitações literárias	.02	-.12*
Licença de parentalidade	-.02	-.02
Situação marital	.03	-.02
Número de filhos	-.09	.01
Complicação durante a gravidez	.10	-.11*
Gravidez de risco	.04	.10
Impacto da pandemia na gravidez	.07	-.25**

Impacto da pandemia no parto	.14**	-.14**
Impacto da pandemia no pós-parto	.11*	-.30**
Contacto pele com pele	-.01	.03
Satisfação com o parto	.11*	-.14**
Amamentação	-.04	.15**

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

Nota. Habilitações literárias: 0 = até ao ensino secundário, 1 = ensino universitário; Sexo do bebé: 0 = feminino, 1 = masculino; Licença de parentalidade: 0 = encontra-se de licença de parentalidade, 1 = não se encontra de licença de parentalidade; Situação marital: 0 = não vive com um companheiro, 1 = vive com um companheiro; Complicações durante a gravidez: 0 = sim, 1 = não; Gravidez de risco: 0 = sim, 1 = não; Impacto da pandemia na gravidez: 0 = sim, 1 = não; Impacto da pandemia no parto: 0 = sim, 1 = não; Impacto da pandemia no pós-parto: 0 = sim, 1 = não; Contacto pele com pele: 0 = Teve contacto pele com pele, 1 = Não teve contacto pele com pele; Amamentação: 0 = Amamentou/está a amamentar, 1 = Não amamentou/está a amamentar.

Análises de Mediação

As análises de mediação demonstraram, tal como apresentado na Figura 2, que a consciência comportamental ($b = -0.16$, $SE = 0.04$, $p < .001$, 95% IC = [-0.23, -0.08]), a ação valorizada ($b = -0.19$, $SE = 0.04$, $p < .001$, 95% IC = [-0.27, -0.12]) e a abertura à experiência ($b = -0.12$, $SE = 0.04$, $p < .01$, 95% IC = [-0.21, -0.03]) se relacionaram significativamente com a sintomatologia depressiva no momento 2. Estas dimensões, juntamente com as covariáveis, explicaram 35.68% da variância da sintomatologia depressiva no pós-parto no M2, $F(12, 348) = 16.09$, $p < .001$.

Verificou-se ainda que, tanto a sintomatologia depressiva no M2 ($b = -0.83$, $SE = 0.11$, $p < .001$, 95% IC = [-1.06, -0.61]), como a consciência comportamental ($b = 0.31$, $SE = 0.08$, $p < .001$, 95% IC = [0.15, 0.47]) e a ação valorizada ($b = 0.50$, $SE = 0.08$, $p < .001$, 95% IC = [0.34, 0.67]) apresentaram uma relação significativa com a parentalidade consciente, ao contrário da abertura à experiência ($b = -0.02$, $SE = 0.09$, $p = .828$, 95% IC = [-0.21, 0.17]), sendo que o modelo explicou 51.34% da variância da parentalidade consciente, $F(13, 347) = 28.16$, $p < .001$.

Relativamente aos efeitos indiretos das dimensões da flexibilidade psicológica na parentalidade consciente, verificou-se um efeito indireto significativo da consciência comportamental ($b = 0.13$, $SE = 0.04$, 95% IC = [0.06, 0.21]), da ação valorizada ($b = 0.16$, $SE = 0.05$, 95% IC = [0.08, 0.26]) e da abertura à experiência ($b = 0.10$, $SE = 0.04$, 95% IC = [0.03, 0.19]) na parentalidade consciente, por meio da sintomatologia depressiva no pós-parto.

Figura 2

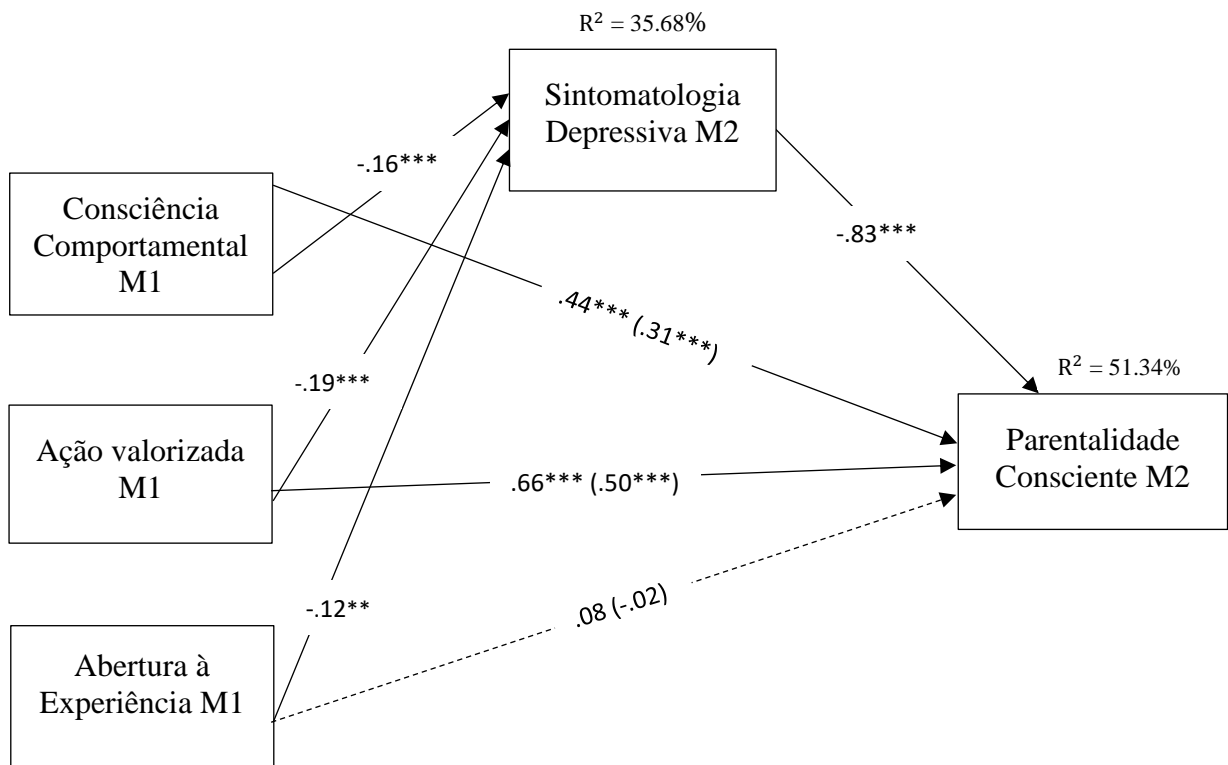


Figura 2. Diagrama estatístico do modelo de mediação simples da associação entre a flexibilidade psicológica (caracterizada pela consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência) e a parentalidade consciente, por meio da sintomatologia depressiva no período pós-parto. *Nota.* Os coeficientes de regressão de cada trajetória representam coeficientes de regressão não padronizados. Nas setas que ligam as três dimensões da flexibilidade psicológica à parentalidade consciente, o valor fora dos parênteses representa o efeito total destas sobre a parentalidade consciente. O valor entre parênteses representa o seu efeito direto na parentalidade consciente após a inclusão do mediador.

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

Discussão

Através do modelo de mediação obtido neste estudo longitudinal, verificou-se que a relação entre as várias dimensões da flexibilidade psicológica (consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência) avaliadas no momento 1, isto é, até dois meses após o parto, e a parentalidade consciente avaliada no momento 2, aproximadamente três meses depois, é mediada pela sintomatologia depressiva experienciada, avaliada, também, no momento 2. Tal como mencionado, os resultados obtidos demonstram efeitos indiretos significativos entre a flexibilidade psicológica e adoção de uma parentalidade consciente através da sintomatologia depressiva experienciada no período pós-parto.

No que diz respeito à relação entre flexibilidade psicológica e sintomas depressivos, verificamos que níveis mais baixos de flexibilidade psicológica (i.e., mais inflexibilidade psicológica) nos primeiros dois meses após o parto se associam significativamente a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva experienciada cerca de três meses depois, ou seja, três a cinco meses após o parto. Ainda que o nosso estudo seja, do nosso conhecimento, pioneiro na análise longitudinal destas variáveis no contexto do pós-parto, estes resultados estão de acordo com investigações anteriores que demonstraram que a flexibilidade psicológica se encontra negativamente associada a sintomatologia depressiva (Bond & Bunce, 2000; Li et al., 2016) e positivamente associada a uma menor probabilidade de desenvolvimento de psicopatologia (Bond & Bunce, 2000, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004). Esta relação pode ser explicada por diversos fatores. Em primeiro lugar, pelo facto de a flexibilidade psicológica compreender capacidades de distanciamento das experiências internas (desfusão cognitiva) e de aceitar eventos internos sem os julgar ou tentar controlá-los, promovendo, para além disso, comportamentos congruentes com valores de vida, mesmo perante experiências emocionais difíceis (Hayes et al., 2006). Dado que o período pós-parto se constitui, muitas vezes, como um desafio e um período de maior vulnerabilidade (Nelson, 2003; Potharst et al., 2017), uma vez que implica diversas tarefas desenvolvimentais (e.g., criar uma ligação com o bebé, adaptar-se à mudança na relação com o parceiro, encontrar e aceitar apoios, encontrar um equilíbrio com outras atividades), mães com níveis mais baixos de flexibilidade psicológica podem tender a fusionar-se com um “eu conceptualizado” (e.g., “não sou competente”, “não sou capaz de cuidar do meu filho”,

“não vou ser uma boa mãe”). O “eu conceptualizado”, processo que, segundo o modelo da ACT, se opõe ao conceito de “eu como contexto”, diz respeito às auto-narrativas que as pessoas usam para se descrever. Isto é, define-se como a perspetiva através da qual as pessoas se caracterizam, orientando a visão que possuem de si mesmos, bem como o seu comportamento consigo próprios e na sociedade (Brüne, 2005; Villatte et al., 2008). Neste sentido, mães com níveis mais baixos de flexibilidade psicológica poderão fusionar-se com estas narrativas, aumentando os padrões de comportamento disfuncionais e o sofrimento experienciado (Hayes et al., 2006), o que poderá, posteriormente, levar a um aumento da sintomatologia depressiva experienciada. Em segundo lugar, as estratégias de evitamento experiencial, congruentes com níveis elevados de inflexibilidade psicológica, caracterizam-se como estratégias intencionais que têm como objetivo evitar o confronto com experiências internas que causam sofrimento (e.g., pensamentos, sentimentos, emoções, etc) (Hayes et al., 2006). Ainda que estas estratégias pareçam ter um efeito protetor a curto prazo, tendem, posteriormente, a orientar o comportamento de forma incongruente com os seus valores de vida (Hayes et al., 2006). Considerando a prática parental, a longo prazo, estas estratégias de evitamento experiencial podem conduzir a uma perceção de ineficácia no desempenho da parentalidade, o que poderá, conseqüentemente, levar a um aumento das experiências internas negativas (Hayes et al., 2006). Por conseguinte, estas podem associar-se, mais tarde, tal como observado nos resultados obtidos, com o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

No que concerne à relação entre sintomatologia depressiva e a adoção de uma parentalidade consciente, os resultados obtidos sustentam, de forma consistente com estudos anteriores (e.g., Moreira & Canavarro, 2018; Moreira & Canavarro, 2019), o impacto adverso da sintomatologia depressiva materna nas práticas parentais no período pós-parto. Isto é, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva neste período associam-se positiva e significativamente com níveis mais baixos de parentalidade consciente. Estes resultados podem ser explicados por um conjunto de fatores. Em primeiro lugar, mães que apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva tendem a apresentar um aumento da ruminação, dos pensamentos negativos e das sensações corporais (American Psychiatric Association, 2013), fatores estes que podem interferir com um modo de resposta mais consciente. Isto é, podem dificultar a descentração e o distanciamento dessas experiências, diminuindo, assim, a atenção direcionada às interações mãe-filho (Bögels et al. 2010; Fernandes, Moreira & Canavarro,

2021) Assim, podem não ser tão sensíveis às necessidades dos seus bebês, comprometendo a sua capacidade de adotar uma parentalidade consciente. Posto isto, hipotetizamos que mães com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva possuam menos recursos psicológicos para se manterem atentas e conscientes das suas experiências, bem como para manter o foco no momento presente, particularmente nas interações com os seus bebês. Em segundo lugar, mães com níveis elevados de sintomas depressivos podem ter maior dificuldade na regulação das emoções e dos comportamentos na interação com os seus filhos. Este fator pode levar a um aumento da impulsividade e reatividade perante os comportamentos dos bebês, de forma consistente com estudos anteriores que mostraram que as mães com níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos (e.g., sintomas depressivos) apresentam comportamentos mais hostis para com os filhos (Lovejoy et al., 2000), o que pressupõe níveis mais baixos de parentalidade consciente. Por fim, coloca-se a hipótese de que os sintomas depressivos possam aumentar o foco das mães nas suas próprias necessidades, dirigindo, assim, a sua atenção para si mesmas (Dix & Meunier, 2009) e apresentando preocupações e emoções mais orientadas para si e menos orientadas para as crianças (Dix et al., 2004). Neste sentido, é possível que mães com níveis elevados de sintomatologia depressiva direcionem menos a sua atenção para o bebé, o que influencia significativamente a sua capacidade de adotar uma abordagem parental consciente.

Analisando a relação estabelecida entre a flexibilidade psicológica e a prática de uma parentalidade consciente, concluímos que, tal como hipotetizado, níveis mais elevados de flexibilidade psicológica nos primeiros dois meses após o parto se associam positivamente com a parentalidade consciente das mães, sensivelmente dois a cinco meses após o parto. Contudo, considerando as três dimensões em estudo (consciência comportamental, ação valorizada e abertura à experiência), apenas a consciência comportamental e a ação valorizada apresentam uma associação significativa com a parentalidade consciente. Estes resultados podem ser, assim, explicados pela possibilidade de as mães com mais inflexibilidade psicológica poderem estabelecer interações ou reações disfuncionais na prática parental, como resultado da fusão cognitiva e do evitamento do *distress* emocional, muitas vezes associado à parentalidade. Isto é, podem tender a evitar as reações dos bebês, dificultando a satisfação das suas necessidades, bem como a adotar práticas parentais assentes na sobreproteção ou impulsividade, como forma de evitamento da experiência interna (e.g., emoções,

pensamentos, sentimentos, etc.) (Coyne & Wilson, 2004; Brown, Whittingham & Sofronoff, 2015). Mais ainda, a flexibilidade psicológica pode ser entendida como um processo adaptativo que promove a capacidade de regulação emocional nas interações pais-filhos (através da aceitação sem julgamento das experiências internas negativas associadas à parentalidade), bem como a capacidade de se envolver em comportamentos congruentes com os valores de vida (Burke & Moore, 2015). Assim, pressupõe-se que o compromisso, por parte das mães, com as ações e comportamentos congruentes com os seus valores relativos à parentalidade (e.g., importância de desenvolver uma relação mãe-filho positiva), favorecerá um envolvimento positivo com o bebé ao longo do período pós-parto, promovendo, continuamente, a satisfação adequada e contingente das suas necessidades. Esta é uma característica fundamental da abordagem parental consciente e verifica-se, considerando os resultados obtidos, dois a cinco meses após o nascimento do bebé.

De forma geral, os resultados obtidos sugerem que a sintomatologia depressiva experienciada pelas mães no período pós-parto se constitui como um importante mecanismo explicativo da relação entre a flexibilidade psicológica e a adoção de uma parentalidade consciente. Embora este estudo seja pioneiro na análise destas variáveis de forma longitudinal, no contexto do período pós-parto, estes resultados são congruentes com as hipóteses colocadas. Isto é, verifica-se que a mediação desta relação através da sintomas depressivos experienciados no pós-parto ocorre através de associações negativas entre a flexibilidade psicológica e sintomas depressivos, bem como de associações negativas entre estes sintomas e a parentalidade consciente.

Limitações, Contributos e Implicações Clínicas

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas e tidas em conta aquando da interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra foi recolhida, exclusivamente, online, podendo isto implicar um enviesamento de autosseleção (isto é, pais que participam num questionário online são mais suscetíveis a interessar-se pela temática em estudo e a estarem mais motivadas para completar os questionários do que a população geral), o que pode comprometer a representatividade da amostra recolhida. Segundo, a amostra é constituída apenas por mães, o que compromete a generalização dos resultados para os pais. Propõe-se, assim, que estudos

futuros analisem as mesmas relações em amostras constituídas por pais, de forma a comparar os resultados obtidos nas duas populações. Terceiro, a maioria das participantes é casada ou vive com um companheiro, completou o ensino superior, encontra-se empregada e é primípara, o que pode limitar a generalização dos resultados para populações com características sociodemográficas distintas. Quarto, o facto de terem sido utilizados apenas instrumentos de autorrelato para avaliar as variáveis em estudo pode comprometer a validade dos resultados obtidos, uma vez que o preenchimento destes instrumentos pode ser influenciado pela desejabilidade social. Em estudos futuros, sugere-se a utilização de entrevistas clínicas semiestruturadas como complemento aos instrumentos de autorresposta, de forma a obter uma maior fiabilidade e validade dos resultados. Por último, importa referir que outras variáveis poderão desempenhar, também, um papel importante nesta relação (e.g., sintomatologia ansiosa, dificuldades de regulação emocional, auto-compaixão, stress parental, ligação ao bebé) pelo que são necessários mais estudos neste sentido.

Apesar das limitações apontadas, este estudo fornece representa um contributo importante para a investigação no contexto do período pós-parto, bem como destaca algumas direções para a prática clínica. Tanto quanto é do nosso conhecimento, o nosso estudo revela-se pioneiro na análise da relação entre a flexibilidade psicológica e a parentalidade consciente, mediada pela sintomatologia depressiva materna, no período pós-parto, através de um desenho longitudinal. Assim, o facto de as participantes terem completado as medidas em estudo em dois momentos distintos, com aproximadamente três meses de intervalo, permite-nos inferir uma relação causal entre as variáveis em estudo, o que revela diversas implicações práticas relevantes.

No período pós-parto, sendo este um momento importante no desenvolvimento da relação entre os pais e a criança (Johansson et al. 2017), torna-se fundamental identificar as mães que apresentam níveis mais elevados de inflexibilidade psicológica. Em primeiro lugar, os resultados do presente estudo demonstram que níveis mais baixos de flexibilidade psicológica comprometem a capacidade das mães adotarem uma abordagem parental mais consciente. Desta forma, sugere-se a necessidade de implementação de medidas que promovam a flexibilidade psicológica materna neste período. Poderá ser importante o desenvolvimento e participação em programas baseados na ACT, que têm como objetivo a promoção deste processo adaptativo. Para além disso, dado que o

presente estudo demonstra que a sintomatologia depressiva surge como um mecanismo explicativo entre as duas variáveis, torna-se essencial enfatizar a necessidade de rastrear e sinalizar precocemente a sintomatologia depressiva materna no período pós-parto, encaminhando para serviços de saúde mães que poderiam beneficiar de cuidados psicológicos. Neste sentido, enfatiza-se, também, a necessidade de desenvolvimento e aplicação de instrumentos válidos de rastreio de sintomatologia depressiva materna. Mais ainda, estes resultados sugerem que poderá ser igualmente importante a adoção de medidas preventivas neste período, nomeadamente através da participação em programas de intervenção focados na prevenção da sintomatologia depressiva, como o *Be a Mom* (Fonseca et al., 2019). Este designa um programa de intervenção preventiva baseado nos princípios Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e que incorpora, para além disso, as recentes contribuições das abordagens de terceira geração da TCC (e.g., autocompaixão e ACT) aplicadas ao contexto perinatal, já que estas se mostraram eficazes na prevenção de sintomatologia depressiva (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011).

A promoção da parentalidade consciente, nomeadamente, através do aumento dos níveis de flexibilidade psicológica materna, mostra-se bastante importante não só para os pais, mas também para as crianças. A adoção de uma abordagem parental consciente possibilita aos pais uma maior responsividade e aceitação, bem como uma menor reatividade na interação com os seus filhos, aumentando a satisfação e a qualidade da relação entre ambos (Duncan et al., 2009) e possibilitando, assim, o estabelecimento de uma relação positiva (Bögels e Restifo, 2014). Dado que vários estudos sugerem que a parentalidade consciente possibilita, também, um melhor ajustamento psicossocial e maior bem-estar em vários grupos de crianças e adolescentes (Medeiros et al., 2016; Moreira et al., 2018b), a implementação de medidas que visam promover a flexibilidade psicológica materna e, conseqüentemente, a redução da sintomatologia depressiva e promoção de uma parentalidade consciente, revela-se fundamental para as gerações futuras.

Referências Bibliográficas

- Aber, C., Weiss, M., & Fawcett, J. (2013). Contemporary women's adaptation to motherhood: The first 3 to 6 weeks postpartum. *Nursing Science Quarterly*, 26(4), 344–351. <https://doi.org/10.1177/0894318413500345>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>
- Beer, M., Ward, L., & Moar, K. (2013). The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 4(2), 102–112. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0192-4>
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Bögels, S., Lehtonen, A. & Restifo, K. (2010) Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness*, 1, 107–120. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0014-5>
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. W. W. Norton & Company.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>

- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 156–163. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.156>
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology, 88*(6), 1057–1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
- Bornstein, M. H. (2006). Parenting Science and Practice. In Renninger, K. A., Sigel, I. E., Damon, W., & Lerner, R. M. (Eds.), *Handbook of child psychology: Child psychology in practice* (pp. 893–949). NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Brown, F. L., Whittingham, K., & Sofronoff, K. (2015). Parental Experiential Avoidance as a Potential Mechanism of Change in a Parenting Intervention for Parents of Children With Pediatric Acquired Brain Injury. *Journal of Pediatric Psychology, 40*, 464–474.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brüne M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 31*(1), 21–42. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi002>
- Burke, K., & Moore, S. (2015) Development of the parental psychological flexibility questionnaire. *Child Psychiatry and Human Development, 46* (4), 548-557. <https://10.1007/s10578-014-0495-x>
- Coyne, L.W., & Wilson, K.G. (2004). The Role of Cognitive Fusion in Impaired Parenting: An RFT Analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 469–486.

- Di Florio, A., Smith, S. & Jones, I. (2013). Postpartum psychosis. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 15(3), 145-150.
- Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45–68. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.11.002>
- Donaldson-Feilder, E. J., & Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 187–203. <https://doi.org/10.1080/08069880410001692210>
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., Gayles, J. G., Geier, M. H., & Greenberg, M. T. (2015). Can mindful parenting be observed? Relations between observational ratings of mother–youth interactions and mothers’ self-report of mindful parenting. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 276–282. <https://doi.org/10.1037/a0038857>
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2), 5872. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>.
- Feeney, J. A. (2003). Adult attachment, involvement in infant care, and adjustment to new parenthood. *Journal of Systemic Therapies*, 22(2), 16–30.
- Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., & Dimidjian, S. (2016). Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of*

Women's Mental Health, 19(4), 687–690. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0628-2>

Fernandes, D.V., Canavarro, M.C., & Moreira, H. (2021). The Mediating Role of Parenting Stress in the Relationship Between Anxious and Depressive Symptomatology, Mothers' Perception of Infant Temperament, and Mindful Parenting During the Postpartum Period. *Mindfulness*, 12, 275–290. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01327-4>

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior state matching and synchrony in mother infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14. <https://doi:10.1037/0012-1649.26.1.7>

Fonseca, A., Monteiro, F., Alves, S., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2019). Be a Mom, a Web-Based Intervention to Prevent Postpartum Depression: The Enhancement of Self-Regulatory Skills and Its Association With Postpartum Depressive Symptoms. *Frontiers in Psychology*, 10, 265. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00265>

Fonseca, A., Monteiro, F., & Canavarro, M. C. (2018). Dysfunctional beliefs towards motherhood and postpartum depressive and anxiety symptoms: Uncovering the role of experiential avoidance. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2134-2144. <https://doi.org/10.1002/jclp.22649>

Gannon, M., Mackenzie, M., Hand, D. J., Short, V., & Abatemarco, D. (2019). Application of a re-aim evaluation framework to test integration of a mindfulness based parenting intervention into a drug treatment program. *Maternal and Child Health Journal*, 23(3), 298–306. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-02715-y>.

Gannon, M., Mackenzie, M., Kaltenbach, K., & Abatemarco, D. (2017). Impact of mindfulness-based parenting on women in treatment for opioid use disorder. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 368–376. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000336>

- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in Mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-35.
- Goodman, S. H., Bakeman, R., McCallum, M., Rouse, M. H., & Thompson, S. F. (2017). Extending models of sensitive parenting of infants to women at risk for perinatal depression. *Parenting, Science and Practice*, 17(1), 30–50. <https://doi.org/10.1080/15295192.2017.1262181>
- Goodman, S. H., & Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26(1), 31–39. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.31>
- Goodman, S. H., & Garber, J. (2017). Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. *Child Development*, 88(2), 368–377. <https://doi.org/10.1111/cdev.12732>
- Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *The American Journal of Psychiatry*, 146(1), 50–55. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.1.50>
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700–712. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168.
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., & Montazeri, A. (2016). Journey to motherhood in the first year after child birth. *Journal of Family & Reproductive Health*, *10*(3), 146–153.
- Johansson, M., Svensson, I., Stenström, U., & Massoudi, P. (2017). Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 months after birth. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working With Children in the Hospital and Community*, *21*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1177/1367493516679015>
- Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting*. New York: Hyperion.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1301–1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>

- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*, 561–592.
- Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *17*, 66 - 71.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, *107*(1-2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- Medeiros, C., Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). The indirect effect of the mindful parenting of mothers and fathers on the child's perceived well-being through the child's attachment to parents. *Mindfulness*, *7*(4), 916–927. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0530-z>
- Missler, M., Beijers, R., Denissen, J. & Van Straten, A. (2018). Effectiveness of a psycho-educational intervention to prevent postpartum parental distress and enhance infant well-being: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, *19*(1), 4 <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2348-y>
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2015). Individual and gender differences in mindful parenting: The role of attachment and caregiving representations. *Personality and Individual Differences*, *87*, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.021>
- Moreira, H. & Canavarro, M.C. (2017) Psychometric properties of the interpersonal mindfulness in parenting scale in a sample of portuguese mothers. *Mindfulness* *8*, 691–706. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0647-0>

- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). Does the association between mindful parenting and adolescents' dispositional mindfulness depend on the levels of anxiety and depression symptomatology in mothers? *Journal of Adolescence*, 68, 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.07.003>.
- Moreira, H., Fonseca, A., Caiado, B., & Canavarro, M. C. (2019). Work-family conflict and mindful parenting: the mediating role of parental psychopathology symptoms and parenting stress in a sample of portuguese employed parents. *Frontiers in Psychology*, 10(635). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00635>.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2018). Is mindful parenting associated with adolescents' well-being in early and middle/late adolescence? The mediating role of adolescents' attachment representations, self-compassion and mindfulness. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1771–1788. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0808-7>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>
- O'Hara, M.W., & McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
- Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness*, 8(5), 1236-1250. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0699-9>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington & T., Stewart, D.E. (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>

- Shorey, S., Chee, C., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Short, V. L., Gannon, M., Weingarten, W., Kaltenbach, K., LaNoue, M., & Abatemarco, D. J. (2017). Reducing stress among mothers in drug treatment: a description of a mindfulness based parenting intervention. *Maternal and Child Health Journal, 21*(6), 1377–1386. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2244-1>.
- Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health, 17*(5), 433–442. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>.
- Trindade, I. A., Ferreira, N. B., Mendes, A. L., Ferreira, C., Dawson, D., & Golijani-Moghaddam, N. (2021). Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT): Measure refinement and study of measurement invariance across portuguese and UK samples. *Journal of Contextual Behavioral Science, 21*, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.002>
- Villatte, M., Monestes, J. L., McHugh, L., Freixa i Baqué, E., & Loas, G. (2008). Assessing deictic relational responding in social anhedonia: A functional approach to the development of Theory of Mind impairments. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 360-373.
- Wang, Y., Liang, Y., Fan, L., Lin, K., Xie, X., Pan, J., & Zhou, H. (2018). The indirect path from mindful parenting to emotional problems in adolescents: The role of maternal warmth and adolescents' mindfulness. *Frontiers in Psychology, 9*, 546. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00546>

Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. University of Chicago Press.

Williams, K. L., & Wahler, R. G. (2010). Are mindful parents more authoritative and less authoritarian? An analysis of clinic-referred mothers. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 230–235. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9309-3>