

Adaptação da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto para a população portuguesa: Estudos psicométricos

Sofia Rodrigues* / Ana Catarina Costa* / Maria Cristina Canavarro** / Ana Fonseca**

* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; ** CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Os pensamentos automáticos negativos têm um papel relevante na sintomatologia depressiva, nomeadamente no período do pós-parto. O presente estudo teve como objetivo a validação para a população portuguesa da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (EPANP), que foi desenvolvida para avaliar a frequência de pensamentos negativos no período pós-parto. A amostra foi constituída por 387 mulheres no pós-parto que responderam a um protocolo de avaliação, num único momento de avaliação. A análise fatorial confirmatória sugere que a versão portuguesa apresenta uma estrutura bidimensional: (1) Avaliação de Cognições, Emoções e Situações (ACES) e, (2) Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM). A consistência interna é de .90 para o fator ACES e .75 para o fator PNRBM. A EPANP correlaciona-se de forma positiva com a sintomatologia depressiva e com os pensamentos negativos gerais, e de forma negativa com a autocompaixão e com a subescala de pensamentos automáticos positivos. Por fim, as pontuações da EPANP revelam-se diferentes em função da presença/ausência de sintomatologia depressiva e da presença/ausência de antecedentes depressivos. Assim, a EPANP apresenta bons indicadores de validade de construto, validade convergente, validade de critério e de fidelidade.

Palavras-chave: Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto, Pensamentos automáticos negativos, Propriedades psicométricas.

Introdução

No período pós-parto encontra-se patente uma maior vulnerabilidade para a doença mental, nomeadamente para a Depressão Pós-Parto (DPP), que tem uma prevalência na população portuguesa de cerca de 13% (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996) e consequências adversas para a mãe e para o bebê (O'Hara & McCabe, 2013). Apesar de a investigação ter dado mais destaque à componente emocional e comportamental da DPP, é importante melhor conhecer a componente cognitiva desta perturbação, nomeadamente os pensamentos automáticos negativos, visto que estes têm um papel importante na sua manutenção e são fatores possivelmente modificáveis através da intervenção psicológica (Milgrom, Martin, & Negri, 1999).

No período pós-parto, a ocorrência de pensamentos negativos e intrusivos relacionados com o bebê é comum à maioria das mulheres, mesmo na ausência de sintomatologia depressiva, sugerindo

Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia: Ana Fonseca é apoiada por uma bolsa de pós-doutoramento da FCT (SFRH/BPD/93996/2013).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Ana Fonseca, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, R. Colégio Novo 10A, 3001-802 Coimbra, Portugal. E-mail: anadfonseca@fpce.uc.pt

a continuidade entre o normal e o patológico no que se refere à presença de pensamentos automáticos negativos no período pós-parto (Hall & Wittkowski, 2006). No entanto, comparativamente com mulheres no pós-parto sem depressão, as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam pensamentos negativos mais intensos, frequentemente relacionados com a incapacidade de cuidar do bebê e com o medo de ficarem sozinhas com ele (Jennings, Ross, Popper, & Elmore, 1999). De forma congruente, Cantilino (2009) verificou uma associação entre pensamentos negativos disfuncionais e a DPP.

Apesar de existirem alguns questionários que se focam na avaliação de cognições negativas (e.g., o Automatic Thoughts Questionnaire-Revised, ATQ-R; Kendall, Howard, & Hays, 1989), estes não atendem às especificidades do período pós-parto. Por outro lado, os questionários existentes para avaliar cognições no período pós-parto enfrentam algumas limitações, nomeadamente restringirem-se à avaliação de um tipo de pensamentos específicos, como pensamentos obsessivos (Child Thoughts Inventory; Humenik & Fingerhut, 2007), pensamentos psicóticos (Unusual Thoughts Questionnaire; Calame, 2015), ou pensamentos suicidários (Postpartum Depression Screening Scale; Beck & Gable, 2000), não permitindo capturar a generalidade dos pensamentos automáticos negativos relacionados com o bebê e com a maternidade.

Na tentativa de colmatar a lacuna existente na avaliação dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto, Hall e Papageorgiou (2005) desenvolveram o Postnatal Negative Thoughts Questionnaire (PNTQ), uma medida de autorrelato que tem como objetivo avaliar a frequência de cognições negativas neste período. O desenvolvimento da escala edificou-se em duas etapas. Numa primeira etapa, de natureza qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez mulheres com diagnóstico de DPP, gerando-se os 54 itens que constituíram a versão preliminar do questionário.

Na segunda fase do estudo, procedeu-se ao desenvolvimento da versão final do instrumento e ao estudo das suas características psicométricas. Para o efeito, utilizou-se uma amostra composta por 181 mulheres primíparas no período pós-parto (0-7 meses). A versão preliminar de 54 itens foi sujeita a uma análise de componentes principais, ficando a versão final do questionário composta por 17 itens, organizados em dois fatores: (1) Avaliação de Cognições, Emoções e Situações (ACES), que corresponde à avaliação que é feita em relação aos pensamentos negativos (metacognição), constituído por 9 itens; e (2) Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM), respeitante ao conteúdo dos pensamentos automáticos negativos, constituído por 8 itens.

No que respeita às características psicométricas, a versão original do PNTQ apresentou bons níveis de fidelidade (valor de alfa de Cronbach de .83 para a dimensão ACES e de .78 para a dimensão PNRBM). Além disso, verificou-se uma elevada associação entre a primeira e a segunda avaliação, realizadas com um mês de intervalo, para ambos os fatores, o que atesta a estabilidade temporal do instrumento. Ao nível da validade convergente, verificou-se uma correlação positiva significativa entre os dois fatores do PNTQ e a ligação ao bebê (avaliada através do Postpartum Bonding Instrument; Brockington et al., 2001) e os pensamentos automáticos negativos (avaliados através do Automatic Thoughts Questionnaire; Kendall et al., 1989), sugerindo que uma pontuação mais elevada nas duas dimensões do PNTQ está associada a uma pior ligação ao bebê e a mais pensamentos automáticos negativos. Adicionalmente, verificou-se uma correlação positiva significativa entre os dois fatores do PNTQ e a sintomatologia depressiva (avaliada através do Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden & Sagovsky, 1987). As pontuações médias nos dois fatores do PNTQ foram significativamente superiores nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa.

Reforçando a validade convergente do instrumento, num outro estudo com a versão original do PNTQ utilizando a mesma amostra, Hall e Holden (2008) verificam que a frequência de pensamentos relacionados com a avaliação dos pensamentos, emoções e situações (fator ACES) se correlaciona de forma negativa com a quantidade e satisfação em relação ao apoio recebido.

Do nosso conhecimento, não existem estudos de validação do PNTQ para outras populações, à exceção da população brasileira, tendo sido conduzido um estudo de adaptação semântica do

PNTQ, numa amostra de 400 puérperas (Cantilino, 2009). No que se refere à fidelidade, o valor de alfa de Cronbach para a escala total foi de 0.88 e o teste-reteste mostrou que a concordância de resposta aos itens nas duas avaliações varia entre 61.5% e 96.2%. No que se refere à validade concorrente, foram encontradas diferenças significativas em todos os itens, à exceção de 1, entre mulheres com diagnóstico de depressão e sem depressão. Porém, este estudo não oferece quaisquer indicadores de validade de constructo, nem de validade convergente (Cantilino, 2009).

Finalmente, Hildebrandt (2013) conduziu um estudo no qual utilizou a versão de português do Brasil do PNTQ com uma amostra de mulheres ($n=219$) no período pós-parto. Apesar de não ter como objetivo examinar as características psicométricas do instrumento, os resultados do estudo deram alguma informação acerca da validade concorrente do instrumento, tendo-se verificado que os itens do fator ACES se encontram mais associados à presença de sintomatologia depressiva. Estes resultados são congruentes com os resultados de Cantilino (2009), salientando a importância da componente metacognitiva na DPP.

De forma geral, a versão original do PNTQ apresenta características psicométricas robustas e satisfatórias, constituindo-se como uma boa medida de avaliação de pensamentos negativos no período pós-parto. Demonstra-se, deste modo, a relevância da sua validação para a população portuguesa, devido à lacuna que existe na investigação sobre os pensamentos automáticos negativos no período do pós-parto e ao facto de a DPP ser frequente na população portuguesa. Assim, este estudo tem como principal objetivo a adaptação do PNTQ (em português, Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto) para a população portuguesa e o estudo das suas propriedades psicométricas. Estudos recentes apontam para uma correlação positiva entre pensamentos automáticos negativos no pós-parto e sintomatologia depressiva (Hildebrandt, 2013) e pensamentos automáticos negativos gerais (Hall & Papageorgiou, 2005), bem como uma correlação negativa com a autocompaixão (Arimitsu & Hofmann, 2015), pelo que a associação com estas variáveis foi também investigada no contexto do estudo das propriedades psicométricas da escala.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 387 mulheres no período pós-parto, com uma idade média de 32.30 anos ($DP=4.23$). A maioria das mulheres eram casadas/viviam em união de facto ($n=346$, 89.4%), com habilitações literárias ao nível da licenciatura ($n=192$, 49.6%) e ensino secundário ($n=103$, 26.6%), atualmente empregadas ($n=308$, 81.1%), pertencentes a um nível socioeconómico médio ($n=335$, 86.6%) e residentes em meio urbano ($n=279$, 72.1%). Em termos médios os bebés tinham 3.95 meses ($DP=3.25$), sendo a maioria do sexo feminino ($n=213$, 55.0%). No que se refere à história prévia de dificuldades emocionais, 62.3% ($n=241$) revelaram não ter antecedentes depressivos, em contraponto com 37.7% ($n=146$) que afirmam ter antecedentes.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Ficha que avalia as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, rendimento mensal do agregado familiar) e clínicas (e.g., meses do bebé, paridade, história prévia de psicopatologia) das participantes.

Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (EPANP; Hall & Papageorgiou, 2005). A EPANP é um questionário de autorresposta que avalia cognições negativas específicas no

pós-parto. O questionário tem 17 itens, com quatro alternativas de resposta numa escala de 0 (*Nunca*) a 3 (*Quase sempre*). Quanto mais elevadas forem as pontuações, maior é a frequência de pensamentos automáticos negativos experienciados. As características deste questionário foram anteriormente descritas. Para obter a versão portuguesa da EPANP, procedeu-se à tradução da versão original do PNTQ, de forma independente por duas pessoas fluentes em língua inglesa, procedendo-se de seguida à retroversão da versão traduzida, por uma terceira pessoa. Por fim, compararam-se as duas versões (original e traduzida) e analisaram-se as divergências, chegando-se à versão final do instrumento. No Quadro 1, apresentam-se os itens da versão portuguesa do instrumento.

Quadro 1

Tradução da versão portuguesa dos itens e respetivas características distribucionais

Item	Nunca n (%)	Ocasional- mente n (%)	Frequente- mente n (%)	Quase sempre n (%)	Assi- metria	Cur- tose
1 Estou presa nesta situação por causa do meu bebé.	267 (69%)	98 (25.3%)	21 (5.4%)	1 (0.3%)	1.46	1.42
2 Não quero estar sozinha com o meu bebé.	254 (65.6%)	114 (29.5%)	18 (4.7%)	1 (0.3%)	1.29	1.02
3 Eu não deveria ter considerado a hipótese de ter um bebé.	324 (83.7%)	57 (14.7%)	5 (1.3%)	1 (0.3%)	2.58	7.47
4 É impossível explicar como me sinto.	157 (40.6%)	151 (39%)	64 (16.5%)	15 (3.9%)	0.71	-0.23
5 Não é normal ter os pensamentos que eu tenho.	250 (64.6%)	96 (24.8%)	31 (8%)	10 (2.6%)	1.53	1.76
6 Sou rejeitada pelo meu bebé.	355 (91.7%)	29 (7.5%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)	4.24	22.30
7 A minha situação está completamente fora de controlo.	315 (81.4%)	66 (17.1%)	3 (0.8%)	3 (0.8%)	2.68	9.07
8 As coisas nunca irão melhorar.	299 (77.3%)	76 (19.6%)	9 (2.3%)	3 (0.8%)	2.22	5.55
9 Eu sou má mãe.	259 (66.9%)	117 (30.2%)	7 (1.8%)	4 (1%)	1.63	3.29
10 Posso causar danos emocionais ao meu filho.	289 (74.7%)	91 (23.5%)	5 (1.3%)	2 (0.5%)	1.88	4.15
11 Eu não consigo tomar conta do meu bebé.	297 (76.7%)	81 (20.9%)	7 (1.8%)	2 (0.5%)	2.06	4.80
12 Tem de se passar alguma coisa errada comigo.	264 (68.2%)	97 (25.1%)	21 (5.4%)	5 (1.3%)	1.67	2.57
13 Se eu partilhar os meus pensamentos com os outros, eles irão pensar que eu sou louca.	250 (64.6%)	100 (25.8%)	26 (6.7%)	11 (2.8%)	1.60	2.13
14 Os meus pensamentos negativos são incontroláveis.	296 (76.5%)	68 (17.6%)	19 (4.9%)	4 (1%)	2.12	4.27
15 Se eu contasse às pessoas os meus pensamentos e sentimentos, haveria consequências terríveis.	338 (87.3%)	36 (9.3%)	10 (2.6%)	3 (0.8%)	3.33	11.92
16 Ter pensamentos maus acerca do meu bebé significa que eu sou uma pessoa terrível.	337 (87.3%)	40 (10.3%)	3 (0.8%)	6 (1.6%)	3.75	15.97
17 Estar com o meu bebé é chato.	331 (85.5%)	51 (13.2%)	5 (1.3%)	0 (0.0%)	2.48	5.66

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996; Cox et al., 1987; Figueiredo, 1997). O EPDS é um questionário de autorresposta constituído por 10 itens que avalia a presença e a intensidade de sintomas depressivos. Os itens são avaliados

numa escala de 3 pontos (0 a 3) de acordo com a presença e intensidade dos sintomas; resultados acima de 9 são indicativos de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (Figueiredo, 1997). Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .88.

Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (ATQ-R; Kendall, Haward, & Hays, 1989; Pereira, Matos, & Azevedo, 2014). O ATQ-R avalia a frequência com que ocorrem os pensamentos automáticos na depressão, numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 0 (*Nunca*) e 4 (*Sempre*). O questionário é constituído por duas subescalas, uma de Pensamentos Automáticos Negativos (constituída por 27 itens e organizada em dois fatores: (1) Autoconceito Baixo/Negativo e Expectativas Negativas e (2) Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança), e outra de Pensamento Automáticos Positivos, constituída por 9 itens. Pontuações mais elevadas indicam maior frequência de pensamentos automáticos. Os valores de alfa de Cronbach para a nossa amostra foram de .93 (Autoconceito Baixo/Negativo e Expectativas Negativas e Pensamentos Automáticos Positivos) e .94 (Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança).

Self-Compassion Scale (SCS; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Neff, 2003). É uma escala de autorresposta utilizada para avaliar a autocompaixão, composta por seis subescalas que avaliam: Calor/compreensão, Auto-Crítica, Condição Humana, Isolamento, Mindfulness e Sobre-identificação. No total, a escala tem 26 itens que são cotados numa escala de Likert de 5 pontos, podendo variar de 1 (*Quase nunca*) a 5 (*Quase sempre*). Pontuações mais elevadas são indicativas de níveis de compaixão mais elevados. Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variaram entre .78 (Sobre-identificação) e .89 (Calor/ Compreensão).

Procedimentos

Foi realizado um estudo quantitativo, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. O estudo teve como critérios de inclusão: (i) mulheres que se encontravam no período pós-natal (até 12 meses após o parto); (ii) idade superior a 18 anos; (iii) nível de compreensão da língua portuguesa que lhes permitisse preencher o protocolo de avaliação. A recolha da amostra realizou-se entre dezembro de 2015 e março de 2016. Os dados foram recolhidos *online* (através da plataforma Limesurvey), em apenas um momento de avaliação, sendo que o processo de recrutamento das participantes ocorreu sob duas formas: presencial e *online*. No formato presencial, as mulheres foram contactadas pela equipa de investigação no puerpério da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE), tendo-lhes sido posteriormente enviado o *link* dos questionários através do contacto de *email* que disponibilizaram. No formato *online*, as mulheres tiveram conhecimento do estudo através da publicitação da investigação nas redes sociais e em *websites* dedicados à temática da maternidade. Em ambos os casos, após aceder ao *link* do questionário, foi dada informação sobre os objetivos do estudo, papel dos investigadores e participantes, seguindo-se o consentimento informado dos participantes (com a pergunta “Aceita participar neste estudo?”). Após o seu consentimento, as participantes eram direcionadas para o protocolo de avaliação.

Resultados

Para a análise estatística dos dados foram utilizados o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS, versão 22).

No que respeita à caracterização distribucional dos itens, de acordo com o Quadro 1, podemos observar que para todos os itens, à exceção do item 17, existe pelo menos uma respondente a selecionar cada uma das opções de resposta, e que a maioria das respondentes selecionou opções de resposta mais próximas do extremo inferior da escala.

Para além disso, verifica-se que os valores de assimetria e curtose da maioria dos itens se encontram fora do intervalo $[\pm 1]$ considerado como caracterizador de uma distribuição normal (Meyers, Gamst, & Guarino, 2006), sendo que alguns desses itens (itens 6, 15 e 16) apresentam valores de assimetria e curtose cujos valores indicam a violação do pressuposto de normalidade, de acordo com Marôco (2010).

Validade de construto

Procedeu-se à realização da análise fatorial confirmatória (AFC), para avaliar o ajustamento do modelo teórico proposto pelos autores da versão original do instrumento (estrutura bidimensional), comparando-o com o ajustamento de um modelo unidimensional. Com vista a reduzir a não-normalidade (uma vez que alguns itens apresentavam valores de assimetria >3 , valores de curtose >10 , indicando violação do pressuposto de normalidade), e melhorar o ajustamento dos modelos foi utilizado o parcelamento dos itens (agregação de itens individuais em parcelas), reduzindo o número de variáveis no modelo (Bandalos, 2002; Little, Cunningham, Shahar, & Widaman, 2002). Para o efeito, foram criadas três parcelas por fator utilizando o algoritmo fatorial (os itens foram distribuídos tendo em conta a saturação que apresentaram em relação ao fator na versão original; especificamente, a primeira parcela do fator 1 é constituída pelo primeiro, quarto e sétimo itens com maior saturação, e assim sucessivamente; Matsunaga, 2008). Para avaliar o ajustamento dos modelos, para além do teste de ajustamento de χ^2 (que testa o ajustamento entre o modelo teórico e o modelo empírico, devendo ser não estatisticamente significativo, $p > .05$), que é muito sensível à dimensão da amostra (Marôco, 2010), foram considerados os seguintes índices: o índice de ajustamento absoluto $\chi^2/g.l.$, o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Goodness of Fit Index* (GFI), cujo valor recomendado deve ser superior a 0.90, e o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), cujo valor recomendado deve ser $<.10$, de acordo com as indicações de Marôco (2010). Para comparar o modelo original (bidimensional) com o modelo unidimensional foi ainda calculado: (a) o Aikake's Information Criteria (AIC), sendo que o modelo com o valor mais baixo de AIC é o modelo que apresenta o melhor ajustamento; e (b) o valor de $\Delta\chi^2$ (diferença entre os valores de χ^2 de dois modelos) e o valor de significância estatística que lhe está associado (Kline, 2011).

O modelo bidimensional apresentou um bom ajustamento de acordo com os indicadores utilizados [$\chi^2_{(8)}=50.82$, $p < .001$; $\chi^2/g.l.=6.35$; $CFI=.97$; $GFI=.96$; $SRMR=.039$, $AIC=76.82$], tal como o modelo unidimensional [$\chi^2_{(9)}=70.63$, $p < .001$; $\chi^2/g.l.=7.85$; $CFI=.95$; $GFI=.94$; $SRMR=.051$, $AIC=94.63$]. No entanto, o modelo bidimensional apresenta um valor de AIC mais baixo e o $\Delta\chi^2$ entre os dois modelos é significativo ($\Delta\chi^2_{(1)}=19.81$, $p < .001$), sugerindo que o modelo bidimensional constitui uma aproximação significativamente melhor entre as matrizes estimadas e observadas (Kline, 2011).

A representação gráfica do modelo bidimensional e a constituição das parcelas são apresentadas na Figura 1. Constatámos ainda que as parcelas apresentaram saturações elevadas no respetivo fator ($>.59$), o que demonstra que representam o construto que pretendem avaliar.

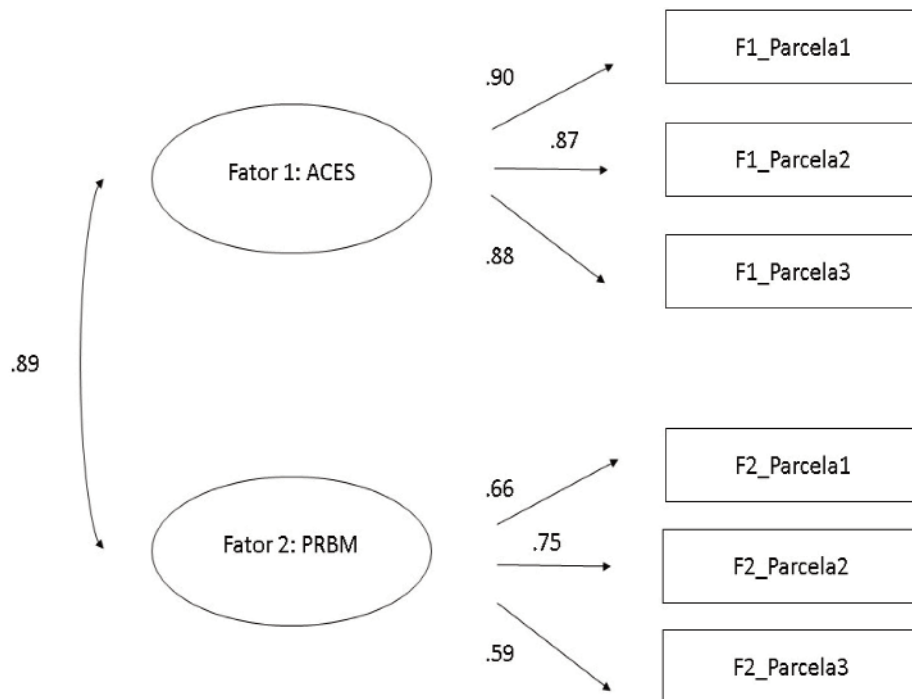


Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória do EPANP

Nota. Fator ACES=Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRB=Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade. Parcelas do Modelo (Fator 1 – Parcela 1: itens 7, 13, 15; Parcela 2: itens 4, 12, 14; Parcela 3: itens 5, 8, 16; Fator 2 – Parcela 1: itens 1, 10, 17; Parcela 2: itens 6, 9, 11; Parcela 3: itens 2, 3).

Deste modo, através da AFC, podemos corroborar as dimensões fatoriais da EPANP (Fator 1: Avaliação de Cognições, Emoções e Situações [ACES], composto por 9 itens, e Fator 2: Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade [PNRBM], composto por 8 itens) e apoiar a sua validade de construto (Almeida & Freire, 2007).

Para além disso, as correlações de *Pearson* evidenciaram que os dois fatores da EPANP se encontravam positiva e fortemente relacionados entre si ($r=.71, p<.01$), bem como com a pontuação total do instrumento ($r=.96, p<.01$ para o fator ACES e $r=.88, p<.01$ para o fator PNRBM).

Fidelidade

Para avaliar a fidelidade do instrumento, foram calculados o alfa de Cronbach, para as dimensões e para a escala total, os valores de alfa de Cronbach excluindo o item e as correlações item-total corrigidas (cf. Quadro 2). A EPANP apresenta bons indicadores de consistência interna, quer para a escala total ($\alpha=.91$), quer para as suas dimensões (Fator ACES: $\alpha=.90$; Fator PNRBM: $\alpha=.75$). Ademais, verificamos que todos os itens apresentam uma correlação item-total estatisticamente significativa com o respetivo fator, sendo que todos apresentam valores superiores a .30, tal como recomendado por Field (2009), o que demonstra que representam o construto que o fator pretende medir. Além disso, todos os valores de alfa de Cronbach excluindo o item se situaram ligeiramente abaixo ou corresponderam exatamente ao valor do alfa de Cronbach do respetivo fator, o que atesta o contributo dos itens para a consistência interna da escala (cf. Quadro 2).

Quadro 2

Fidelidade

	Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item	Alfa de Cronbach do fator	M (DP) M (DP)
Fator ACES	4	.58	.90	.90	3.31 (4.24)
	5	.71	.88		
	7	.64	.89		
	8	.61	.89		
	12	.76	.88		
	13	.79	.88		
	14	.71	.88		
	15	.72	.88		
Fator PNRBM	16	.58	.90	.75	2.10 (2.41)
	1	.38	.74		
	2	.43	.72		
	3	.44	.72		
	6	.47	.72		
	9	.50	.71		
	10	.52	.71		
	11	.52	.71		
	17	.35	.74		

Nota. Fator ACES=Avaliação de Cognitiones, Emoções e Situações; Fator PNRB=Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade.

Validade convergente

Para avaliar a validade convergente da EPANP foram calculadas correlações de *Pearson* entre os fatores da escala e outras variáveis, nomeadamente o ATQ-R, a EPDS e a SCS. Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre as dimensões da EPANP e o EPDS, bem como as subescalas do ATQ-R (Autoconceito Baixo/Negativo e Expectativas Negativas e Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança; cf. Quadro 3). Adicionalmente, verificou-se uma correlação negativa significativa entre todas as escalas da SCS e as duas dimensões do EPANP e entre estas e a subescala Pensamentos Automáticos Positivos do ATQ-R. Assim, mulheres com mais pensamentos negativos no pós-parto têm mais pensamentos negativos (gerais), mais sintomatologia depressiva, menos autocompaixão e menos pensamentos automáticos positivos.

Quadro 3

Validade Convergente do PNTQ

		Fator ACES	Fator PNRBM
SCS	Calor	-.36*	-.35*
	Auto-crítica	-.46*	-.43*
	Humanidade	-.28*	-.30*
	Isolamento	-.44*	-.38*
	Mindfulness	-.34*	-.36*
	Sobreidentificação	-.42*	-.40*
EPDS (total)		.66*	.56*
ATQ-R	Autoconceito baixo/negativo e expectativas negativas	.63*	.60*
	Mau-ajustamento pessoal e desejo de mudança	.71*	.56*
	Pensamentos automáticos positivos	-.42*	-.46*

Nota. * $p < .01$. Fator ACES=Avaliação de Cognitiones, Emoções e Situações; Fator PNRB=Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade; SCS=Self Compassion Scale; EPDS=Edinbught Postnatal Depression Scale; ATQ-R=Automatic Thoughts Questionnaire-Revised.

Validade de critério

No que respeita à validade em relação a um critério externo, realizou-se a análise comparativa das mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa (pontuações EPDS >9; $n=113$, 29.2%) e sem sintomatologia clinicamente significativa ($n=274$, 70.8%). Constatou-se um efeito multivariado significativo (Traço de Pillai=.27, $F=71.55$, $p<.001$, $\eta^2=.271$). Como se verifica no Quadro 4, denota-se a existência de diferenças univariadas para ambos os fatores, com as mulheres com sintomatologia clinicamente significativa a apresentarem pontuações superiores no fator ACES e no fator PNRBM. Além disso, foi encontrado um efeito multivariado significativo (Traço de Pillai=.03, $F=6.02$, $p=.003$, $\eta^2=.030$) em função da presença de antecedentes depressivos: as mulheres com antecedentes depressivos apresentam pontuações superiores nos dois factores (cf. Quadro 4).

Quadro 4

Validade critério: Comparação das pontuações no EPANP em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa

	Mulheres com sintomatologia clinicamente significativa <i>M (DP)</i>	Mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Fator ACES	6.74 (5.35)	1.90 (2.60)	143.30	<.001	.27
Fator PNRBM	3.45 (3.00)	1.55 (1.87)	57.09	<.001	.13

	Mulheres com antecedentes depressivos <i>M (DP)</i>	Mulheres sem antecedentes depressivos <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Fator ACES	4.26 (4.76)	2.74 (3.78)	12.07	.001	.03
Fator PNRBM	2.48 (2.28)	1.88 (2.46)	5.77	.017	.02

Nota. Fator ACES=Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRB=Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade.

Discussão

Este estudo pretendeu validar a EPANP para a população portuguesa através do estudo das suas características psicométricas. Os resultados deste estudo atestam, de forma geral, a validade e relevância de utilização desta medida, possibilitando a investigação adicional sobre este constructo – os pensamentos automáticos negativos no pós-parto – na população portuguesa. A avaliação dos pensamentos automáticos evidencia-se relevante tendo em conta que, tal como é preconizado por alguns autores (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1987; Milgrom et al., 1999), a componente cognitiva tem um papel fundamental na manutenção da depressão.

De forma geral, os resultados deste estudo salientam as boas propriedades psicométricas do instrumento. No que diz respeito à validade de constructo, a análise fatorial da EPANP indicou que a estrutura fatorial da versão portuguesa da escala coincide com a da escala original. O estudo de fidelidade demonstra bons níveis de consistência interna da EPANP, com alfa de Cronbach elevados, quer para as dimensões da escala, quer para a pontuação total da EPANP. No que concerne à validade convergente, os resultados encontram-se de acordo com o esperado, com correlações positivas significativas entre a EPANP e o EPDS e a subescala de Pensamentos Automáticos Negativos do ATQ-R e correlações negativas significativas com a SCS e a subescala de Pensamentos Automáticos Positivos do ATQ-R. Por fim, o estudo da validade critério evidencia a capacidade discriminativa do instrumento, que distingue entre mulheres com e sem sintomatologia depressiva e entre mulheres com e sem antecedentes depressivos.

Do nosso conhecimento este é o primeiro estudo a confirmar a estrutura fatorial do instrumento noutra população. Assim, tal como na sua versão original, a EPANP é constituída por dois fatores, nomeadamente o fator Avaliação de Cognições, Emoções e Situações (ACES) que engloba itens relacionados com o domínio da metacognição, ou seja, a avaliação que o indivíduo faz dos pensamentos negativos, e o fator Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM) que remete para o conteúdo específico destes mesmos pensamentos. Adicionalmente, e de forma congruente com os estudos realizados com a versão original da escala (Hall & Papageorgiou, 2005), a EPANP apresenta bons indicadores de fidelidade. Além disso, os resultados referentes às características distribucionais dos itens sugerem um enviesamento para respostas do extremo inferior da escala, não seguindo a distribuição normal. Estes resultados não são, contudo, inesperados, tendo em conta o constructo que a EPANP pretende avaliar (pensamentos automáticos negativos) e o facto de termos procedido à validação do instrumento com uma amostra comunitária de mulheres no período perinatal, e não com uma amostra clínica (mulheres com sintomatologia depressiva). O facto de termos optado por uma amostra comunitária, e não apenas por uma amostra clínica, deveu-se à evidência de que estes pensamentos também estão presentes na população sem sintomatologia clinicamente significativa, embora com menor frequência e intensidade (Hall & Wittkowsky, 2006).

Os resultados da validade convergente são congruentes com o esperado e merecem também reflexão. Por um lado, verificou-se que a maior frequência de pensamentos automáticos negativos se associa a níveis mais elevados de isolamento, sobreidentificação e autocritica (avaliados pela escala SCS). De facto, apesar de, do nosso conhecimento, não existirem estudos sobre este tópico com a população perinatal, os estudos com a população geral demonstram que existe uma associação negativa entre a autocompaixão e pensamentos automáticos negativos (Arimitsu & Hofmann, 2015) e que, concordantemente, níveis mais elevados de autocompaixão se refletem na diminuição dos pensamentos negativos (Stuntzner, 2014). Também as correlações positivas encontradas entre a EPANP, os pensamentos automáticos negativos gerais e a sintomatologia depressiva se evidenciam congruentes com o esperado e com os resultados encontrados noutros estudos (e.g., Hall & Papageorgiou, 2005).

Adicionalmente, os resultados do nosso estudo demonstraram que as pontuações da EPANP são significativamente superiores nas mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa e com antecedentes depressivos, particularmente no fator Avaliação de Cognições, Emoções e Situações, evidenciando o poder discriminativo da EPANP. Estes resultados apontam para a relevância dos aspetos cognitivos na DPP: mais do que o conteúdo dos pensamentos, é a avaliação que as mulheres fazem destes pensamentos negativos que está mais fortemente relacionada com os níveis de sintomatologia depressiva. Estes resultados parecem ser congruentes com resultados de outros estudos (Cantilino, 2009; Hall & Papageorgiou, 2005; Hildebrandt, 2013).

É importante ressaltar a importância deste instrumento ao nível clínico, quer para a avaliação inicial dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e possível discriminação entre a presença e ausência de sintomatologia depressiva, como para o acompanhamento da evolução do processo psicoterapêutico. A EPANP parece ser relevante por contribuir para o estabelecimento do diagnóstico da DPP, uma vez que a presença de sintomas físicos característicos do pós-parto pode ser confundente com a sintomatologia depressiva (Cantilino, 2009; Hall & Papageorgiou, 2005). Além do mais, as cognições são passíveis de ser modificadas e podem ser alvo de intervenção (Gotlib & Joormann, 2010). Isto permite ao clínico a identificação prévia de pensamentos automáticos negativos e a implementação de abordagens preventivas e interventivas que incidam também sobre a componente cognitiva da sintomatologia depressiva.

Por fim, este estudo apresenta algumas limitações, que devem ser salientadas. Em primeiro lugar, a representatividade da população, tendo em conta que a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres com habilitações literárias equivalentes a ensino secundário e

licenciatura. Em segundo lugar, o facto de parte da amostra ter sido recrutada *online* (i.e., através da divulgação em *websites* e redes sociais), na medida em que pode contribuir para a não-representatividade da população, sendo que é uma amostra auto-seleccionada. Em terceiro lugar, a não avaliação da estabilidade temporal do instrumento. Por último, a utilização exclusiva de questionários, que impossibilitou a avaliação da capacidade discriminativa do instrumento em relação a *outcomes* clínicos relevantes (por exemplo, o diagnóstico de depressão). Apesar de as limitações supracitadas não colocarem em causa os principais resultados obtidos quanto à validade e fidelidade do instrumento, estudos futuros deverão considerar outras amostras (e.g., população clínica) e incluir medidas que se espera que apresentem correlações diferenciadas com os dois fatores do instrumento, de forma a proporcionar evidência adicional da validade da escala. Para além disso seria importante estudar este construto em outras populações para avaliar a sua frequência (e.g., mães com filhos com diagnóstico de anomalias, mães de bebés prematuros, grávidas adolescentes).

Em síntese, a EPANP apresenta boas características psicométricas, o que possibilita a sua utilização, tanto na investigação como na prática clínica. A sua disponibilização para a população portuguesa constitui uma mais-valia do presente estudo por permitir a avaliação clínica e intervenção junto das pacientes no que se refere à presença ou ausência de pensamentos automáticos negativos no período do pós-parto e, revela-se ainda útil no contexto de investigação.

Referências

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *169*, 30-35.
- Arimitsu, K., & Hofmann, S. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, *74*, 41-48. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.008>
- 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 matches controls. *Psychological Medicine*, *26*, 135-141.
- Bandalos, D. (2002). The effects of item parceling on goodness-of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, *9*, 78-102.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, *49*, 272-282.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., . . . Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Womens's Mental Health*, *3*, 133-140. doi: 10.1007/s007370170010
- Calame, S. (2015). *An exploration into the occurrence of unusual thoughts after childbirth*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade de Lee, Cleveland, Estados Unidos.

- Cantilino, A. (2009). *Depressão pós-parto: Prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbilidade com transtornos ansiosos*. Tese de Pós-graduação não publicada. Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, *54*, 203-230.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil*. Dissertação de Doutorado não publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Gotlib, I., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 285-312. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Hall, P. L., & Holden, S. (2008). Association of psychosocial and demographics factors with postpartum negative thoughts and appraisals. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *22*, 275-281. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1097/01.JPN.0000341357.53069.ae>
- Hall, P. L., & Papageorgiou, C. (2005). Negative thoughts after childbirth: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Depression and Anxiety*, *22*, 232-129. doi: 10.1002/da.20119
- Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Womens Health*, *51*, 321-330. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.03.007>
- Hildebrandt, F. (2013). *Depressão pós-parto: Aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental*. Tese de Pós-graduação não publicada. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Humenik, A. L. F., & Fingerhut, R. (2007). A pilot study assessing the relationship between child harming thoughts and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *14*, 360-366. doi: 10.1007/s10880-007-9082-7
- Jennings, K., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, *54*, 21-28.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 583-598. doi: 10.1007/BF01176069
- Kline, R. (2011). *Principles and practices of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Little, T., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, *9*, 151-173.
- Matsunaga, M. (2008). Item parceling in structural equation modeling: A primer. *Communication. Methods and Measures*, *2*, 260-293. doi: 10.1080/19312450802458935
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Milgrom, J., Martin, P., & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. England: John Wiley & Sons Ltd.

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- O'Hara, M., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Pereira, I. M., Matos, A. P., & Azevedo, A. (2014). Versão Portuguesa do Questionário de Pensamentos Automáticos-Revisto: Relação com sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 36-46.
- Stuntzner, S. (2014). Compassion & self-compassion: Exploration of utility as potencial components of the rehabilitation counseling profession. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 45, 37-44.

Negative automatic thoughts play an important role in depressive symptoms, namely in the postpartum period. This study aimed to adapt the Postnatal Negative Thoughts Questionnaire (PNTQ) for the Portuguese population, which was developed to assess the frequency of negative thoughts in postpartum period, and to examine its psychometric properties. The sample consisted of 387 postpartum women who answer to a cross-sectional survey. Confirmatory factor analysis suggests that the Portuguese version had a two-dimensional structure: (1) Appraisals of Cognitions, Emotions and Situations (ACES), and (2) Baby-Related and Motherhood Negative Thoughts (BRMNT). Internal consistency is .90 and .75 for the ACES and BRMNT factors, respectively. EPANP correlates positively with depressive symptoms and negative thoughts, and negatively with self-compassion and positive automatic thoughts. Finally, the EPANP scores were found to be different as a function of the presence/absence of depressive symptomatology and the presence/absence of depressive history. The PNTQ presents good indicators of convergent and known-groups validity and good reliability.

Key words: Automatic negative thoughts, Postnatal Negative Thoughts Questionnaire, Psychometric properties.

Submissão: 26/09/2016

Aceitação: 13/01/2017

