



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA** FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PATRÍCIA MENDES CAIANO

**ESCALA DE RASTREIO DA ANSIEDADE PERINATAL –  
VALIDAÇÃO PORTUGUESA PARA O PÓS-PARTO**

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA DE MACEDO E SANTOS

INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

MAIO/2020

Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal –  
Validação portuguesa para o pós-parto

Patrícia Mendes Caiano<sup>1</sup>

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira<sup>2</sup>

Professor Doutor António Ferreira de Macedo<sup>1,2,3</sup>

1Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

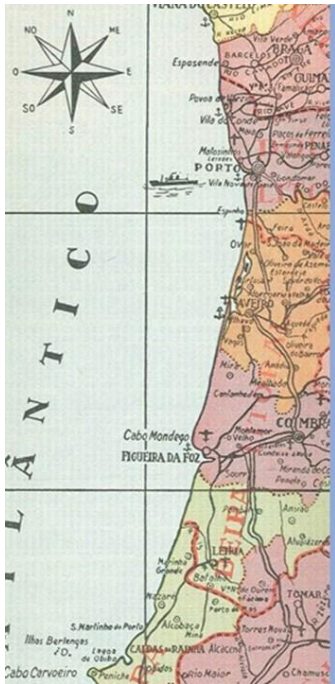
2Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

3Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Rua Larga 3004-504 Coimbra

amacedo@ci.uc.pt

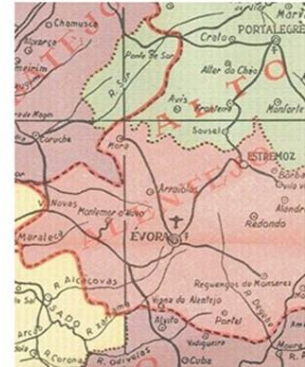


# XXXIII ENCONTRO GRUPO PORTUGUÊS DE PSIQUIATRIA CONSILIAR/LIGAÇÃO PSICOSSOMÁTICA

**DES / LIGADOS**  

---

**DE NORTE A SUL**



Um poster com base neste trabalho foi apresentado no XXXIII Encontro de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática - Des/Ligados de Norte a Sul, em Portimão, a 5 e 6 de março de 2020 (cf. Anexo I).

## ÍNDICE

Resumo.....	5
<i>Abstract</i> .....	6
Introdução .....	7
Materiais e métodos .....	9
Procedimentos.....	9
Amostra .....	9
Instrumentos.....	11
Análise estatística .....	12
Resultados .....	14
Análise descritiva da ERAP (31itens).....	14
Validade de construto .....	16
Análise confirmatória da ERAP .....	16
Correlações entre as pontuações total e dimensionais da ERAP (30 itens) .....	19
Fidelidade .....	20
Consistência interna da ERAP (30 itens).....	20
Estabilidade temporal da ERAP .....	23
Validade Convergente – Divergente.....	25
Validade Concorrente, utilizando como critério o diagnóstico.....	26
Validade da ERAP-30 para o rastreio da Ansiedade no Pós-parto.....	27
Discussão.....	29
Conclusão .....	33
Agradecimentos .....	34
Referências.....	35
Anexos .....	38

## RESUMO

**Introdução:** O período perinatal é uma fase de vulnerabilidade para o aparecimento ou recorrência de perturbações de ansiedade, as quais afetam cerca de 15% das mulheres no período do pós-parto. A inexistência de um instrumento de rastreio da Ansiedade no pós-parto, validado para a população portuguesa, dificulta a precoce identificação, e conseqüente acompanhamento médico, destas mulheres. De acordo com o que sabemos, existe apenas um instrumento de rastreio específico para esta fase particular, a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP) com quatro dimensões: 1 - Preocupação excessiva/Medos específicos; 2 - Perfeccionismo/Controlo/Trauma; 3 - Ansiedade Social; 4 - Ansiedade aguda e ajustamento.

**Objetivo:** Analisar as propriedades psicométricas e operativas da ERAP no pós-parto (PPT).

**Métodos:** 305 mulheres entre o 2º e 6º mês PPT (média de semanas do bebé=16.15±8.04) responderam à ERAP, à Escala de Rastreio da Depressão Pós-parto (ERPD-21) e ao *Profile of Mood States* (PoMS). Todas as participantes tinham respondido à ERAP no 2º trimestre de gravidez. Desta amostra, 188 (61.6%) participantes foram também entrevistadas com a *Diagnostic Interview for Psychological Distress* (DIPD) aproximadamente no sexto mês PPT.

**Resultados:** A análise fatorial confirmatória do modelo de segunda ordem, baseado na versão original<sup>1</sup> e previamente replicado com uma amostra de grávidas (n=606)<sup>2</sup>, revelou um ajustamento aceitável ( $\chi^2/df=2.4080$ ;  $CFI=.9010$ ;  $GFI=.8290$ ;  $RMSEA=.0770$ ), com a eliminação de um item com *loading* <.40 e a correlação de 23 pares de erros. Os coeficientes alfa de *Cronbach* da ERAP-30 e das suas quatro dimensões foram >.80. Os coeficientes de correlação da ERAP com a ERDP e com o Afeto Negativo e Positivo da PoMS foram significativos e moderados. Os coeficientes de correlação entre as pontuações total e dimensionais na ERAP-30 aos 2 e aos 6 meses PPT foram significativos e elevados ( $r>.50$ ;  $p<.01$ ). As mulheres com perturbações de ansiedade (n=10; 5.3%) apresentaram pontuações totais e dimensionais significativamente superiores na ERAP-30 (todos  $p<.001$ ). A análise de curvas ROC mostrou que o ponto de corte que potenciou o *Yoden Index* (.866) foi o 30, associado a uma sensibilidade de 90.00% e especificidade de 96.61%. A área abaixo da curva foi .972 ( $p<.001$ ).

**Conclusão:** A versão portuguesa da ERAP para o pós-parto revelou boa validade de construto, convergente-divergente, concorrente (utilizando como critério o diagnóstico) e fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal), e excelente precisão para o rastreio de perturbações de ansiedade. Vem colmatar a falta de um instrumento de rastreio específico para a ansiedade perinatal, podendo começar a ser utilizada para esse fim.

**Palavras-chave:** Escala de Rastreio Ansiedade Perinatal; Versão portuguesa; Pós-parto; Validade; Fidelidade; Precisão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Perinatal period is a phase of vulnerability for new onset or recurrence of an anxiety disorder, which is experienced by approximately 15% of women during post-partum. The non-existence of a screening instrument for assessing postpartum anxiety in the Portuguese population can lead to a delay in the detection and treatment of these women. To our current knowledge, there's only one specific screening instrument for this particular period, ERAP, which evaluates four dimensions: 1 - Excessive Worry/Specific fears; 2 - Perfectionism/Control/Trauma; 3 - Social Anxiety; 4 - Acute anxiety and adjustment.

**Objectives:** To analyze the psychometric and operative properties of ERAP for postpartum women.

**Method:** 305 women, between the 2<sup>nd</sup> and 6<sup>th</sup> month postpartum (mean weeks of baby=16.15±8.04) answered a set of self-reported questionnaires containing ERAP, ERDP-21 and PoMS. All participants had answered ERAP in the 2<sup>nd</sup> trimester of pregnancy. From this sample, 188 participants also answered to a diagnostic interview around the 6<sup>th</sup> month postpartum.

**Results:** The factorial structure of the second order model, based on the original version<sup>1</sup> previously replicated with a sample of pregnant women (n=606)<sup>2</sup>, revealed an acceptable adjustment ( $\chi^2/gf=2.4080$ ;  $CFI=.9010$ ;  $GF=.8290$ ;  $RMSEA=.0770$ ), after the elimination of one item with a loading lower than .40 and correlating 23 pairs of errors. Cronbach's alpha scores of ERAP-30 and its 4 dimensions were  $>.80$ . The correlation's coefficients of ERAP with PDSS and with the Negative Affect and Positive Affect of PoMS were significant and moderate. In the study of temporal stability, the correlation between total and dimensional scores between the 2<sup>nd</sup> and 6<sup>th</sup> postpartum were significant and high ( $r>.50$ ;  $p<.01$ ). Women with anxiety disorders (n=10; 5.3%) presented significantly higher total and dimensional scores in ERAP-30 (all  $p<.001$ ). ROC analysis showed that the cut-off point that potentiated the Yoden Index (.886) was of 30, associated with a sensitivity of 90.00% and a specificity of 96.61%. Area under curve was .972 ( $p<.001$ ).

**Conclusion:** The Portuguese version of ERAP for the postpartum revealed good construct validity, convergent-divergent validity, concurrent validity (using diagnostic as a criterion) and reliability, as well as excellent accuracy in screening for anxiety disorders. This scale fills the gap with regard to the lack of screening instrument for anxiety in postpartum and it is ready to be used for this purpose.

**Keywords:** ERAP; Portuguese Version; Postpartum; Validity; Fidelity; Accuracy.

## INTRODUÇÃO

A gravidez e o pós-parto podem ser tempos de felicidade e de expectativas positivas, mas também de stresse e dificuldades, na medida em que o parto acarreta mudanças fisiológicas e psicossociais, que determinam para a mulher uma nova realidade diária, a qual requer algum esforço de adaptação. Consequentemente, o período perinatal (gravidez e primeiro ano após o parto) torna-se uma fase de vulnerabilidade para o aparecimento ou recaída de doenças do foro psiquiátrico.<sup>3</sup>

Na última década, o impacto da ansiedade perinatal tem sido cada vez mais sublinhado, não só pela sua associação a outras doenças mentais, mas também pela sua prevalência e suas consequências negativas.<sup>4</sup>

Revisões sistemáticas, com meta-análise, da prevalência da ansiedade perinatal, avaliada através de questionários de autopreenchimento, apresentam uma prevalência de aproximadamente 15% depois do período de pós-parto inicial.<sup>3,5</sup> Num estudo epidemiológico recente, numa vasta amostra de mulheres portuguesas, a prevalência das perturbações de ansiedade no sexto mês após o parto foi de 5.0%, com claro predomínio de Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG),<sup>6</sup> resultados que estão de acordo com a melhor evidência internacional.<sup>3</sup>

A ansiedade no pós-parto tem por base complexas interações de fatores psicológicos, sociais, biológicos, genéticos e ambientais. Vários estudos indicam que existem três tipos de fatores de risco comuns para as diversas perturbações da ansiedade no pós-parto: história pessoal de perturbação da ansiedade, perturbação de ansiedade durante a gravidez e o tipo de parto (cesariana de emergência e parto instrumentado).<sup>7,8</sup>

A sintomatologia ansiosa perinatal não difere da experienciada em outras fases de vida, mas tem importantes consequências na capacidade da mãe para cuidar de si mesma e do seu recém-nascido, pondo em risco o vínculo mãe-filho e podendo resultar na perda de recursos financeiros, no abuso de substâncias, no atraso no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança, e também, no suicídio e/ou infanticídio.<sup>9</sup>

Tendo em conta que a ansiedade no pós-parto tem consequências tão negativas para a mulher e para a sua família, é da maior relevância dispormos de um instrumento de rastreio, adaptado para a população portuguesa, e com adequadas propriedades psicométricas.<sup>10,11</sup>

Assim, a equipa de investigação do projeto em que este estudo se insere, selecionou e traduziu a versão preliminar da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal, com base na versão original *Perinatal Anxiety Screening Scale*.<sup>1</sup> Tanto quanto seja do nosso conhecimento, a nível internacional, este é o único instrumento cujos itens explicitam sintomas que estão especifi-

camente relacionados com este período tão particular. Na sua versão original, este questionário, composto por 31 itens, revelou boas propriedades psicométricas e operativas.<sup>10,12</sup> De referir ainda que esta versão portuguesa já foi validada para o período da gravidez,<sup>2</sup> tendo resultado numa versão com 29 itens, com boas propriedades psicométricas e operativas. Indo de encontro às recomendações da *World Psychiatric Association*,<sup>13</sup> e numa tentativa de colmatar a falta deste instrumento no nosso país, o objetivo deste estudo é validar a versão portuguesa da ERAP para o pós-parto, analisando as suas propriedades psicométricas e operativas. Mais especificamente, pretendemos estudar a sua fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal), validade (de construto e convergente-divergente) e precisão para o rastreio de perturbações de ansiedade numa amostra de mulheres no segundo e sexto mês pós-parto.



## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo insere-se no projeto “Rastreio, Prevenção e Intervenção Precoce na Perturbação Psicológica Perinatal – Eficácia de um Novo Programa nos Cuidados de Saúde Primários”, em curso no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), financiado pela FCT (PTDC/DTP-PIC/2449/2014) e aprovado pela Comissão de Ética da FMUC (Ref<sup>a</sup>. 042-CE-2017) (cf. Anexo II).

### **Procedimento**

As participantes foram mulheres com uma gravidez sem complicações médicas, recrutadas na Maternidade Bissaya Barreto, entre fevereiro e julho de 2017 e setembro e dezembro de 2018.

As mulheres convidadas foram informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo, assim como da garantia da confidencialidade dos dados fornecidos, tendo assinado o “Formulário de informação e consentimento informado” (cf. Anexo III).

Os critérios de exclusão definidos foram: idade inferior a 18 anos, incapacidade de ler ou falar português e história de perturbação afetiva bipolar ou psicose.

Qualquer mulher que obtivesse uma pontuação elevada no ERAP na avaliação do sexto mês após o parto e/ou que tivesse uma perturbação de ansiedade, era referenciada para uma consulta de psiquiatria.

A participação consistiu no autopreenchimento de questionários e, para uma parte da amostra, na resposta a uma entrevista semiestruturada.

### **Amostra**

A amostra era de 305 mulheres, com uma gravidez sem complicações médicas, avaliadas, para este estudo, entre a 7<sup>a</sup> e 46<sup>a</sup> semana pós-parto (média de semanas do bebé=16.15±8.04).

A idade das mulheres variou entre os 20 e 44 anos, sendo a média de 32.93±4.79 anos. A maioria era de nacionalidade portuguesa (91.1%) e as restantes de outras nacionalidades. Outras características sociodemográficas da amostra encontram-se na Tabela I.

Dentro da amostra, o parto foi eutócico em 44.9% (n=137) das mulheres, em 23.9% (n=73) foi cesariana e em 21.0% (n=64) o parto foi instrumentado. A alimentação do bebé, no momento em que as mulheres foram avaliadas, era através de amamentação materna em 51.8% (n=158) das participantes, mista com amamentação materna e biberão em 22.6% (n=69) e apenas com biberão em 25.2% (n=77).

Nas 305 mulheres, 5.9% (n=18) tinha ou teve acompanhamento psicológico.

Das 305 participantes, uma subamostra de 188 (média de semanas do bebé=12.709 ± 4.25 semanas; idade média das participantes = 33.24±4.94) foi entrevistada com a *Diagnostic Interview for Psychological Distress* (DIPD). Tal permitiu apurar que 5.3% (n=10) da subamostra sofria de pelo menos uma perturbação de ansiedade, sendo distribuída da seguinte forma: 3.7% (n=7) com perturbação de ansiedade generalizada, 1.6% (n=3) com perturbação de ansiedade social e .5% (n=1) com perturbação de pânico.

Dentro desta subamostra, em 43.6% (n=82) o parto foi eutócico, em 25% (n=47) foi cesariana e em 19.7% (n=37) o parto foi instrumentado. Em relação à alimentação do bebé, 48.4% (n=91) recorria apenas à amamentação, 23.4% (n=44) utilizava a amamentação e o biberão e 27.7% (n=52) utilizava apenas o biberão.

Ainda dentro da subamostra, 5.9% (n=11) recorreu a acompanhamento psicológico, sendo que 3.7% (n=7) o iniciou no período de gravidez. Vários motivos foram enumerados para justificar o acompanhamento psicológico, entre eles: percepção de ansiedade, depressão e instabilidade no seio familiar.

**Tabela I** – Características da amostra (n=305) e da subamostra com entrevista diagnóstica (n=188).

	Amostra total n(%)	Subamostra com entrevista n(%)
<b>Estado civil</b>		
Solteira/nunca casou	67 (22.0)	43 (22.9)
Viúva	2 (.7)	1 (.5)
Casada/A viver com o companheiro	227 (74.4)	139 (73.9)
Divorciada/Separada		
Outro	6 (2.0)	4 (2.1)
	2 (.7)	1 (.5)
<b>Grau de escolaridade</b>		
2º ciclo	4 (1.3)	4 (2.1)
3º ciclo	22 (7.2)	10 (5.3)
Secundário	97 (31.8)	50 (26.6)
Licenciatura	109 (35.7)	71 (37.8)
Mestrado	63 (20.7)	48 (25.5)
Doutoramento	5 (1.6)	4 (2.1)
Outro	4 (1.3)	1 (.5)
<b>Nº de filhos</b>		
0 filhos	164 (53.8)	102 (54.3)
1 filho	124 (40.7)	80 (42.6)
2 ou + filhos	16 (5.2)	6 (3.2)
<b>TOTAL</b>	N†=305	N=188

†O valor pode não corresponder ao total devido a respostas omissas.

## **Instrumentos** (cf. Anexo IV)

### **- Questionários de autopreenchimento**

- **Escala de Rastreio para a Ansiedade Perinatal (ERAP)<sup>1,12</sup>**

Na sua versão original, a ERAP é composta por 31 itens que permitem avaliar quatro dimensões de sintomas de ansiedade no período perinatal (com referência ao último mês): 1 - Preocupação excessiva/Medos específicos; 2 - Perfeccionismo/Controlo/Trauma; 3 - Ansiedade Social; 4 - Ansiedade aguda e ajustamento. Esta escala é baseada nos critérios de diagnóstico das classificações oficiais internacionais para as várias perturbações de ansiedade: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 10* (1992); *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (2013).

A escala de resposta, de frequência, varia de “Nunca” (0) a “Quase Sempre” (3), pelo que a pontuação total pode variar de 0 a 93, sendo tanto mais grave a sintomatologia quanto mais elevada a pontuação.

- **Escala de Rastreio da Depressão Pós-Parto (ERDP-21)<sup>14,15</sup>**

A versão portuguesa reduzida desta escala é composta por 21 itens e permite responder, numa escala de concordância com formato *Likert* (desde “Discordo muito” - 1 a “Concordo muito” - 5), a sintomas que se descrevem depressivos, predominantemente cognitivo-afetivos, especificamente orientados para o período perinatal. Nesta amostra, o coeficiente alfa de *Cronbach* de consistência interna foi de .908.

- **Profile of Mood States (PoMS)<sup>16</sup>**

Foi utilizada uma versão da PoMS composta por 18 adjetivos, que avalia três dimensões: D - Depressão; A – Ansiedade e V – Vigor. A soma das pontuações nas primeiras duas dimensões foi utilizada como medida de Afeto negativo/AN e a dimensão Vigor como medida de Afeto positivo/AP.

Nesta amostra, o coeficiente alfa de *Cronbach* destas dimensões foi respetivamente de .921 para a Depressão, .927 para a Ansiedade e .837 para o Vigor.

## - Entrevista Clínica de Diagnóstico – *Diagnostic Interview for Psychological Distress (DIPD)*<sup>17,18</sup>

Entrevista diagnóstica desenvolvida pelo Instituto de Psicologia Médica da FMUC com base nos critérios de diagnóstico do DSM-5 e na estrutura de outras entrevistas como a *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0), a *Diagnostic Interview for Genetic Studies* (DIGS) e a *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV* (ADIS-IV).

Todas as secções de diagnóstico começam com uma pequena introdução à secção (o que irá ser avaliado) seguida de uma ou duas questões de rastreio (avaliação dos critérios principais para o diagnóstico), cuja resposta pode ser afirmativa (“SIM”) ou negativa (“NÃO”). Se a resposta for afirmativa, o clínico/investigador continua a explorar e a recolher mais informação sobre a presença/ausência dos outros sintomas e critérios de diagnóstico. Se a resposta for negativa, o entrevistador poderá prosseguir com a avaliação de outra(s) secção(ões), ou seja, outras categorias de diagnóstico. Poderá ser necessário colocar questões adicionais/pedir exemplos ao entrevistado no sentido de perceber a presença/gravidade/interferência dos sintomas.

### **Análise estatística**

O tratamento estatístico foi realizado com o programa *IBM SPSS Statistics*, versão 25 para Windows.<sup>19</sup> Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Como o tamanho da amostra é suficiente, e tendo em conta o teorema do limite central, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (paramétrico). No entanto para comparar pontuações totais e dimensionais entre mulheres com e sem perturbação de ansiedade foi utilizado um teste não-paramétrico, o U de *Man-Whitney* para amostras independentes, devido à assimetria de tamanho dos grupos.

A magnitude dos coeficientes de correlação foi classificada segundo os critérios de *Cohen*<sup>20</sup>: baixa se inferior a .19, moderada se entre .20 e .49 e elevada se superior a .50.

Para a análise de consistência interna, usamos os coeficientes de alfa de *Cronbach*. De forma a determinar a contribuição particular de cada item para a consistência interna da dimensão, determinaram-se os coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo os respetivos itens, para depois os comparar com o alfa global da dimensão. Para averiguar o poder discriminativo ou validade interna de cada item, os coeficientes de correlação foram analisados entre cada item e o total (excluindo o item).

A estabilidade temporal foi analisada através dos coeficientes de correlação de *Pearson* na mesma variável em momentos diferentes (entre a gravidez e o segundo mês PPt e entre o segundo e o sexto meses PPt). De forma a comparar as pontuações médias entre o teste e o reteste na mesma variável realizámos um teste t de *Student* para medidas repetidas.

Usou-se o software AMOS 25.0 para a análise fatorial confirmatória (AFC). A violação da distribuição normal foi verificada com os coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku). O ajustamento dos modelos foi feito a partir dos índices de modificação superiores a .40,  $p < .001$ , produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas. Para avaliar o ajustamento do modelo foram usados os seguintes índices de ajustamento:  $X^2/gf$ , *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA).<sup>21</sup>

Para a seleção do ponto de corte com a melhor combinação de sensibilidade e especificidade, recorreremos à metodologia das CURVAS ROC (*Receiver Operating Characteristics*) e ao programa MEDCALC.<sup>22</sup>

## RESULTADOS

### Análise descritiva da ERAP (31 itens)

Na Tabela II (IIa e IIb) discriminam-se as medidas de tendência central: média, desvio padrão, limites superior e inferior do intervalo de confiança de 95% para a média, mediana e amplitude interquartil para cada item da ERAP (com 31 itens). No Anexo V, apresentam-se as frequências de resposta para cada item da escala em estudo.

**Tabela IIa.** Dados descritivos dos itens 1 a 14 da ERAP.

	Medidas de Tendência Central				
	Média	Desvio Padrão	IC 95% (M)	Mediana	AI
1. Preocupar-me com o bebé	2.43	.775	2.34 – 2.51	3.00	1
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	1.71	.925	1.61 – 1.82	2.00	2
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	.39	.771	.30 – .48	.00	1
4. Preocupar-me com muitas coisas	1.23	.866	1.13 – 1.33	1.00	1
5. Preocupar-me com o futuro	1.35	.872	1.25 – 1.45	1.00	1
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	.45	.768	.36 – .54	.00	1
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, etc....)	.22	.561	.15 – .28	.00	0
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	.17	.504	.11 – .23	.00	0
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	.24	.578	.17 – .30	.00	0
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	.50	.689	.42 – .58	.00	1
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	.51	.721	.43 – .59	.00	1
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	1.23	.888	1.13 – 1.33	1.00	1
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	1.25	.877	1.15 – 1.35	1.00	1
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	.33	.632	.26 – .40	.00	1

**IC 95% (M)** - Limites superior e inferior do intervalo de confiança de 95% para a média; **AI** – Amplitude Interquartil.

**Tabela IIb.** Dados descritivos dos itens 15 a 31 da ERAP.

**Medidas de Tendência Central**

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>IC 95% (M)</b>	<b>Mediana</b>	<b>AI</b>
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	.28	.600	.21 – .35	.00	0
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	.29	.598	.22 – .36	.00	0
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	.71	.797	.62 – .80	1.00	1
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	.29	.630	.22 – .36	.00	0
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	.37	.621	.30 – .44	.00	1
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	.39	.650	.31 – .46	.00	1
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	.28	.621	.21 – .35	.00	0
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	.20	.520	.14 – .26	.00	0
23. Evitar coisas que me preocupam	.66	.694	.58 – .74	1.00	1
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	.12	.391	.08 – .17	.00	0
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	.20	.478	.15 – .26	.00	0
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	.32	.564	.26 – .39	.00	1
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	.42	.670	.35 – .50	.00	1
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	.30	.617	.23 – .37	.00	0
29. Medo de perder o controlo	.37	.681	.29 – .44	.00	1
30. Sentir-me em pânico	.16	.484	.11 – .22	.00	0
31. Sentir-me agitada	.46	.678	.39 – .54	.00	1

**IC 95% (M)** - Limites superior e inferior do intervalo de confiança de 95% para a média; **AI** – Amplitude Interquartil.

## Validade de construto

### - Análise confirmatória da ERAP

De forma a testar a estrutura fatorial da ERAP foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC). Apesar do modelo inicial (com 31 itens e 4 fatores) apresentar índices de ajustamento aceitáveis, com o intuito de os melhorar, foi removido o item 1 (Preocupar-me com o bebé) pois apresentava um *loading* de .278, um *loading* inferior a .40. Este item pertencia à dimensão *Preocupação excessiva/Medos específicos*, passando esta dimensão a ser apenas constituída por 9 itens.

De seguida identificámos os índices de modificação do modelo de 30 itens distribuídos por quatro fatores (modelo de primeira ordem). Decidimos correlacionar os erros dos pares de itens com índices de modificação superiores a .11, sendo estes os seguintes: na dimensão *Preocupação excessiva/Medos específicos* temos o par 3 (Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé), o par 4 (Preocupar-me com muitas coisas) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé), o par 4 (Preocupar-me com muitas coisas) e 5 (Preocupar-me com o futuro), o par 4 (Preocupar-me com muitas coisas) e 7 (Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, etc...)), o par 4 (Preocupar-me com muitas coisas) e 8 (Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso), o par 5 (Preocupar-me com o futuro) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé), o par 5 (Preocupar-me com o futuro) e 8 (Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso), o par 7 (Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, etc...)) e 8 (Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso), o par 8 (Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé), o par 8 (Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso) e 9 (Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar) e o par 9 (Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé); na dimensão *Perfeccionismo/Controlo/Trauma* temos o par 11 (Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem) e 12 (Querer que as coisas sejam perfeitas), o par 11 (Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem) e 13 (Precisar de ter as coisas sob controlo), o par 12 (Querer que as coisas sejam perfeitas) e 13 (Precisar de ter as coisas sob controlo), o par 12 (Querer que as coisas sejam perfeitas) e 16 (Preocupar-me com pensamentos que se repetem), o par 12 (Querer que as coisas sejam perfeitas) e 18 (Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos), o par 13 (Precisar de ter as coisas sob controlo) e 16 (Preocupar-me com pensamentos que se repetem), o par 13 (Precisar de ter as coisas sob controlo) e 18 (Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos) e o par 16 (Preocupar-me com pensamentos que se repetem) e 18 (Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos); na dimensão *Ansiedade Social* temos o par 19

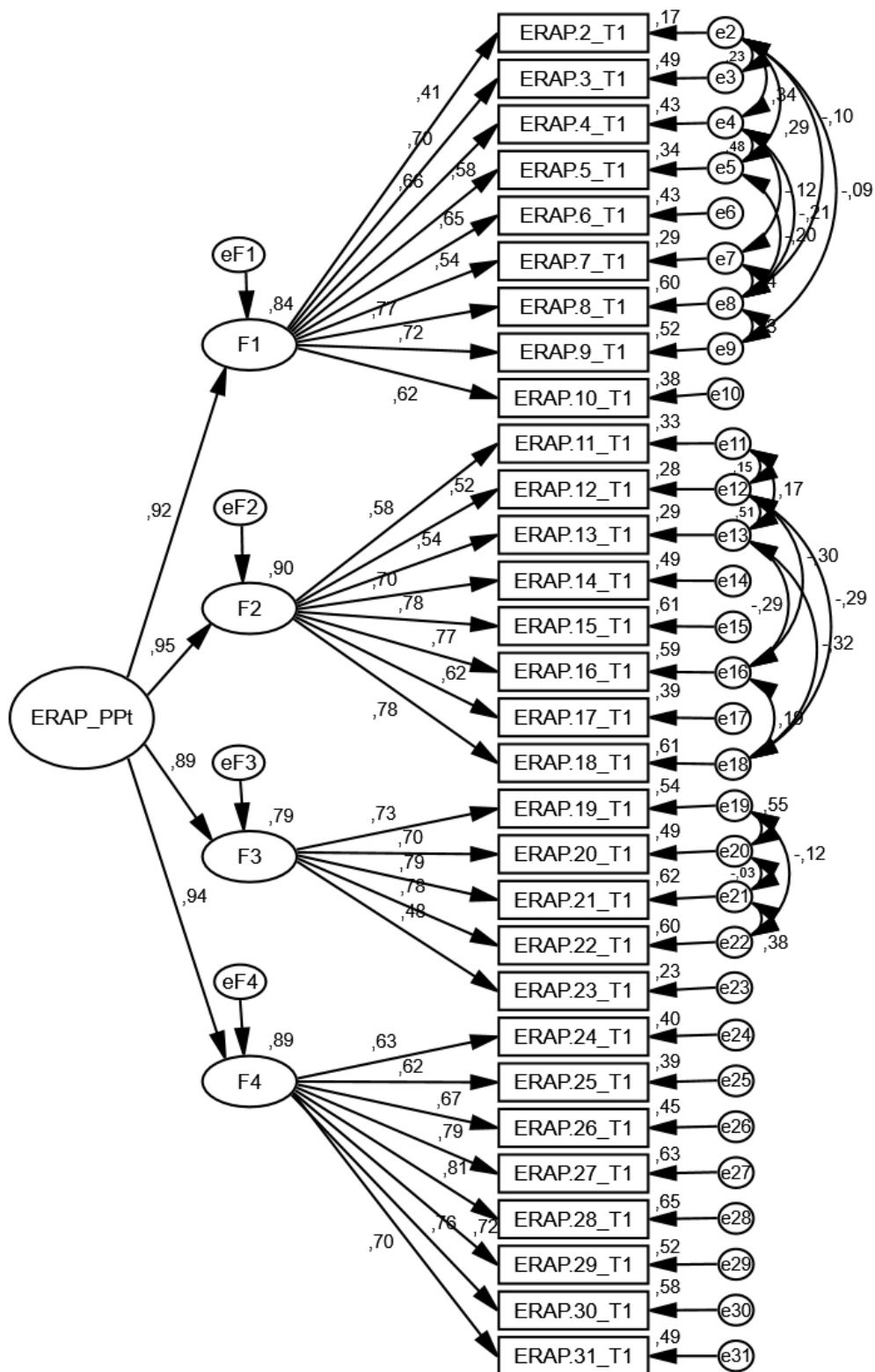


(Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros) e 20 (Medo de que os outros me irão julgar negativamente), o par 19 (Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros) e 22 (Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa), o par 20 (Medo de que os outros me irão julgar negativamente) e 21 (Sentir-me muito desconfortável em multidões) e o par 21 (Sentir-me muito desconfortável em multidões) e 22 (Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa).

O novo modelo com os erros correlacionados (Figura 1) apresentou melhores índices de ajustamento. Por último, também o modelo de segunda ordem revelou índices de ajustamento aceitáveis (Tabela III).

**Tabela III.** Índices de ajustamento dos modelos testados.

		X <sup>2</sup> /gl	RMSEA	CFI	TLI	GFI
<b>4 Fatores (modelo original)</b>	<b>ERAP-31</b>	3.6670	.0940	.7920	.7740	.6930
	Interpretação de valores <sup>21</sup>	<b>Ajustamento</b>				
		sofrível	aceitável	mau	mau	mau
<b>4 Fatores (modelo sem o item 1)</b>	<b>ERAP-30 Modelo de 1<sup>a</sup> ordem</b>	3.6440	.0930	.8040	.7860	.7070
	Interpretação de valores <sup>21</sup>	<b>Ajustamento</b>				
		sofrível	aceitável	sofrível	mau	mau
<b>4 Fatores (modelo sem o item 1 e com 23 pares de itens correlacionados)</b>	<b>ERAP-30 Modelo de 1<sup>a</sup> ordem</b>	2.3860	.0770	.9030	.8880	.8390
	Interpretação de valores <sup>21</sup>	<b>Ajustamento</b>				
		sofrível	aceitável	bom	sofrível	sofrível
	<b>ERAP-30 Modelo de 2<sup>a</sup> ordem</b>	2.4080	.0770	.9010	.8860	.8290
	Interpretação de valores <sup>21</sup>	<b>Ajustamento</b>				
sofrível		aceitável	bom	sofrível	sofrível	



**Figura 1.** Análise fatorial confirmatória do modelo final de primeira ordem sem item 1 e 23 pares de itens correlacionados. **F1** - Preocupação excessiva/Medos específicos; **F2** - Perfeccionismo/Controle/Trauma; **F3** - Ansiedade Social; **F4** - Ansiedade aguda e ajustamento.

### - Correlações entre as pontuações total e dimensionais da ERAP (30 itens)

A Tabela IV apresenta as correlações de *Pearson* das quatro dimensões da ERAP entre si e com o total.

Em primeiro lugar, e analisando a correlação entre as dimensões e o total, pudemos verificar que todas as dimensões se correlacionavam de modo significativo com a escala, sendo que a dimensão *Perfeccionismo/Controlo/Trauma* foi aquela que apresentou uma correlação significativa mais forte (.910).

Relativamente às correlações entre as dimensões, pudemos constatar que todas se correlacionaram significativamente entre si. A correlação significativa de maior magnitude (.775) verificou-se entre as dimensões *Ansiedade social* e *Ansiedade aguda e ajustamento*.

**Tabela IV.** Correlações de *Pearson* entre as dimensões e o total da ERAP-30 (N=305).

	ERAP-30 TOTAL	F1. PM/ME	F2. PCT	F3. AS	F4. AAA
ERAP-30 TOTAL	1				
F1. PM/ME	.889**	1			
F2. PCT	.910**	.735**	1		
F3. AS	.867**	.638**	.728**	1	
F4. AAA	.875**	.695**	.729**	.775**	1

Nota: \*\*p<.01

**PM/ME** - Preocupação excessiva/Medos específicos; **PCT** - Perfeccionismo/Controlo/Trauma; **AS** - Ansiedade social; **AAA** - Ansiedade aguda e ajustamento.

## **Fidelidade**

### **- Consistência interna da ERAP (30 itens)**

A Tabela V (Va e Vb) apresenta o alfa de *Cronbach* de cada item, se o item for excluído e a correlação item-total corrigida. Verificou-se que, incluindo o item 1 no cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* (para o total) este seria inferior (de .946). Além disso, a correlação deste item com o total corrigido era de magnitude bem inferior às restantes. Retirando o item 1, o coeficiente do alfa de *Cronbach* para o total é de .948. Todos os restantes itens da escala contribuem para a consistência interna, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de .40 e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse ligeiramente.

Nesta tabela podemos também observar os alfas de *Cronbach* das dimensões. Estes revelaram-se bons, com valores compreendidos entre .831 (Ansiedade social) e .888 (Ansiedade aguda e ajustamento). As dimensões Preocupação excessiva/Medos específicos e Perfeccionismo/Controlo/Trauma também revelaram bons alfas de *Cronbach*, ambos de .855.

**Tabela Va.** Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido (N=305). Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item da dimensão e correlações item-total dimensional corrigido (N=305) – Itens 2 a 18.

	Correlação de item – total corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item	Correlação de item – total dimensional corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item da dimensão
<b>F1. Preocupação excessiva/Medos específicos</b>				
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	.416	.949	.489	.853
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	.641	.946	.686	.828
4. Preocupar-me com muitas coisas	.627	.946	.715	.824
5. Preocupar-me com o futuro	.567	.947	.647	.833
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	.615	.946	.575	.840
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, etc....)	.488	.947	.440	.852
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	.680	.946	.629	.840
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	.637	.946	.600	.840
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	.585	.946	.519	.845
<b>F2. Perfeccionismo/Controlo/Trauma</b>				
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	.587	.946	.592	.839
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	.514	.948	.577	.843
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	.556	.947	.571	.844
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	.658	.946	.660	.832
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	.720	.945	.673	.832
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	.682	.946	.593	.840
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	.575	.947	.609	.837
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	.702	.945	.599	.839

**Tabela Vb.** Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido (N=305). Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item da dimensão e correlações item-total dimensional corrigido (N=305) – Itens 19 a 31.

	Correlação de item – total corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item	Correlação de item – total dimensional corrigido	Alfa de <i>Cronbach</i> excluindo o item da dimensão
<b>F3. Ansiedade social</b>				
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	.671	.946	.702	.777
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	.616	.946	.698	.777
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	.676	.946	.701	.777
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	.653	.946	.704	.783
23. Evitar coisas que me preocupam	.433	.948	.404	.866
<b>F4. Ansiedade aguda e ajustamento</b>				
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	.578	.947	.587	.882
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	.587	.947	.569	.882
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	.594	.946	.644	.875
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	.702	.945	.764	.862
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	.734	.945	.760	.863
29. Medo de perder o controlo	.685	.945	.665	.874
30. Sentir-me em pânico	.685	.946	.692	.872
31. Sentir-me agitada	.643	.946	.661	.875

### - Estabilidade temporal da ERAP

A Tabela VI apresenta as correlações de *Pearson* entre as variáveis medidas na gravidez (T0; ERAP-29) e no pós-parto (T1; ERAP-30), isto é, a estabilidade temporal das pontuações total e dimensionais. As pontuações totais correlacionaram-se significativamente, de forma positiva e elevada nos dois momentos de avaliação, assim como a dimensão da Preocupação excessiva/Medos específicos. As restantes dimensões também se correlacionaram significativamente, de forma positiva e de magnitude moderada nestes dois momentos de avaliação.

**Tabela VI.** Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações totais e dimensionais da ERAP-29 na Gravidez e da ERAP-30 no Segundo mês pós-parto (N=305).

	Correlação Gravidez- Segundo mês Pós-parto
ERAP-30 - Total	.533**
F1. Preocupação excessiva/Medos específicos	.680**
F2. Perfeccionismo/Controlo/Trauma	.341**
F3. Ansiedade social	.483**
F4. Ansiedade aguda e ajustamento	.416**

Nota: \*\*p<.01

A Tabela VII apresenta ainda o cálculo das correlações de *Pearson* entre as variáveis da ERAP-30 medidas aos dois meses do pós-parto e aos 6 meses do pós-parto, para, da mesma forma, apurar a estabilidade temporal das pontuações total e dimensionais. As pontuações totais e dimensões correlacionaram-se significativamente, de forma positiva e de magnitude elevada nos diferentes momentos de avaliação.

**Tabela VII.** Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações totais e dimensionais da ERAP-30 no Segundo e no Sexto mês Pós-parto (N=128).

	Correlação Segundo – Sexto Mês Pós-parto
ERAP-30 - Total	.870**
F1. Preocupação excessiva/Medos específicos	.850**
F2. Perfeccionismo/Controlo/Trauma	.859**
F3. Ansiedade social	.818**
F4. Ansiedade aguda e ajustamento	.793**

Nota: \*\*p<.01

A Tabela VIII apresenta o teste t de *Student* para amostras emparelhadas de forma a comparar as pontuações médias obtidas entre os dois momentos de avaliação na ERAP-30 e suas dimensões. Não se encontrou diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação ou entre as suas dimensões.

**Tabela VIII.** Teste t de *Student* para amostras emparelhadas (N = 128).

		Média	Desvio Padrão	t (gl)	p
ERAP-30 - Total	2M	17.17	14.79	1.682 (127)	.095
	6M	16.08	13.35		
F1. Preocupação excessiva/Medos específicos	2M	6.71	4.95	1.274 (127)	.205
	6M	6.41	4.59		
F2. Perfeccionismo/Controlo/Trauma	2M	5.25	4.51	1.493 (127)	.138
	6M	4.94	3.93		
F3. Ansiedade social	2M	3.03	3.76	1.419 (127)	.158
	6M	2.76	3.34		
F4. Ansiedade aguda e ajustamento	2M	2.17	2.99	1.266 (127)	.208
	6M	1.96	2.85		



### Validade Convergente – Divergente

Na Tabela IX apresentam-se as correlações entre a ERAP-30 e suas dimensões e as escalas utilizadas para as análises de validade convergente e divergente, PoMS e ERDP.

A ERAP correlacionou-se positivamente, com moderada magnitude, com os estados de Depressão e Ansiedade da PoMS, assim como com a dimensão de Afeto negativo da PoMS e a ERDP. No sentido negativo, correlacionou-se significativamente, com baixa magnitude com o estado de Vigor da PoMS.

Nas suas dimensões, a ERAP também se correlacionou positivamente, de forma fraca a moderada com o Afeto negativo (PoMS), Depressão (PoMS) e Ansiedade (PoMS), e em magnitude moderada com a ERDP. No sentido negativo, ainda assim com magnitude baixa, as dimensões correlacionaram-se com o Vigor (PoMS).

**Tabela IX.** Correlações de *Pearson* entre a ERAP e as variáveis da PoMS e a ERDP.

	Afeto negativo (PoMS)	Depressão (PoMS)	Ansiedade (PoMS)	Vigor (PoMS)	ERDP
<b>ERAP-30 - Total</b>	.506**	.578**	.510**	-.443**	.599**
<b>F1. Preocupação excessiva/Medos específicos</b>	.438**	.526**	.468**	-.410**	.516**
<b>F2. Perfeccionismo/Controlo/Trauma</b>	.427**	.495**	.413**	-.389**	.499**
<b>F3. Ansiedade social</b>	.412**	.488**	.426**	-.388**	.547**
<b>F4. Ansiedade aguda e ajustamento</b>	.534**	.549**	.521**	-.378**	.569**

Nota: \*\* $p < .01$

### Validade Concorrente, utilizando como critério o diagnóstico

Para muitos autores, o diagnóstico psiquiátrico é o critério mais fiável para validar instrumentos que avaliem sintomatologia psiquiátrica.

Começámos por distribuir as 188 mulheres, das quais dispúnhamos de informação acerca do diagnóstico, por dois grupos: Grupo 1 – participantes sem perturbação de ansiedade, n=178 (94.7%); Grupo 2 – participantes com uma qualquer perturbação de ansiedade, n=10 (5.3%) (Tabela X).

Comparámos os grupos quanto às medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão; mediana e amplitude interquartil) tanto para a pontuação total na ERAP-30, como nas pontuações dimensionais. Utilizámos o teste U de Mann-Whitney (Tabela X).

**Tabela X.** Comparação das pontuações totais e dimensionais na ERAP-30 por grupos de diagnóstico.

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
	<b>M (DP)</b> <b>Md (AIQ)</b>	<b>M (DP)</b> <b>Md (AIQ)</b>		
	N = 178 / 94.7%	N = 10 / 5.3%		
ERAP-30 - Total	14.4746 (11.6241) 11.000 (13.00)	42.6000 (17.5131) 43.000 (22.75)	229.000	<.001
F1. Preocupação excessiva/Medos específicos	5.9966 (4.2374) 5.000 (5.00)	13.9000 (6.3324) 15.000 (12.75)	408.000	<.001
F2. Perfeccionismo/Controlo/Trauma	4.6136 (3.7543) 4.000 (4.00)	13.0000 (5.5976) 13.000 (9.00)	335.000	<.001
F3. Ansiedade social	2.3627 (3.0872) 1.000 (3.00)	7.8000 (4.5898) 7.500 (7.50)	381.500	<.001
F4. Ansiedade aguda e ajustamento	1.5017 (2.2691) 1.000 (2.00)	7.9000 (2.9608) 7.000 (4.75)	135.500	<.001

**M** – Média; **DP** – Desvio-padrão; **Md** – Mediana; **AIQ** – Amplitude Interquartil.

### Validade da ERAP-30 para o rastreio da Ansiedade no Pós-parto

Para testar a precisão da ERAP-30 para o rastreio de ansiedade no pós-parto, recorremos à análise das Curvas ROC. Estas permitiram estabelecer o ponto de corte e obter as estatísticas *Area Under the Curve* (AUC) e *Yoden Index*. A área abaixo da curva evidenciou um valor de .972 com um intervalo de confiança entre .926 e .993, para um nível de significância inferior a .001 (Figura 2).

Neste caso, o ponto de corte que potenciou o *Yoden Index* a .8661 foi o 30, associado a uma sensibilidade de 90.00% e a uma especificidade de 96.61%. Na Tabela XI discriminam-se os valores das probabilidades condicionais associados ao ponto de corte 30.

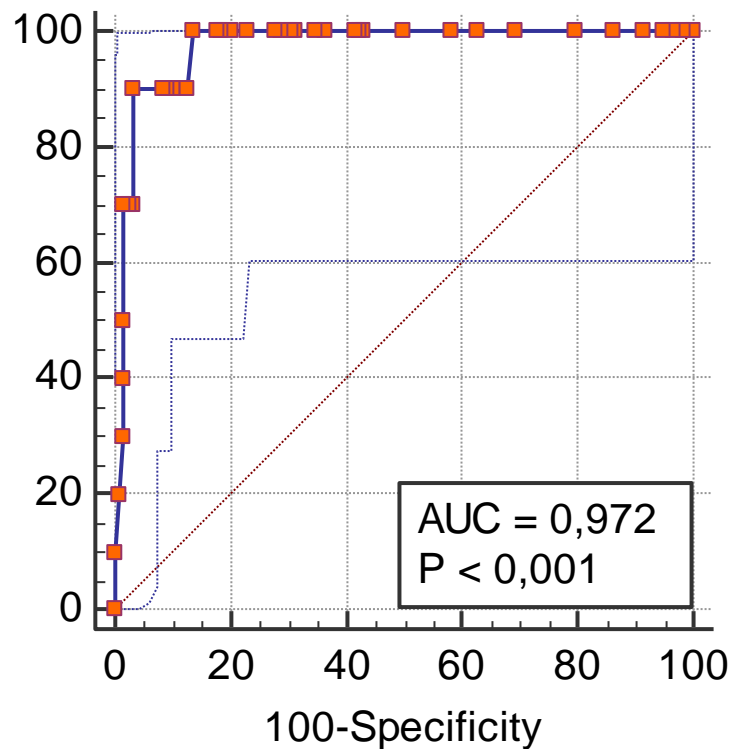


Figura 2. Curva ROC da ERAP-30.

**Tabela XI.** Pontos de corte e probabilidades condicionais da ERAP-30.

<b>Características operativas</b>	<b>ERAP-30</b>
<b>Prevalência</b>	7.81% (n=13 /128)
<b>Ponto de Corte</b>	>30
<b>Sensibilidade (IC 95%)</b>	90.00% (55.5–99.7)
<b>Especificidade (IC 95%)</b>	96.61% (91.5–99.1)
<b><i>Likelihood Ratio</i></b>	26.55
<b>Valor preditivo positivo</b>	69.2
<b>Valor preditivo negativo</b>	99.1

## DISCUSSÃO

No âmbito do projeto “Rastreamento, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários”, a decorrer no Instituto de Psicologia Médica da FMUC, este trabalho surgiu com o intuito de validar a primeira escala de rastreio de ansiedade no pós-parto para a população portuguesa. Para isso, focámo-nos na análise da estrutura fatorial e das propriedades psicométricas da ERAP, originalmente desenvolvida na Austrália e denominada *Perinatal Anxiety Screening Scale*.<sup>1</sup>

Esta escala é composta por 31 itens, subdivididos em 4 dimensões: Preocupação excessiva/Medos específicos, Perfeccionismo/Controlo/Trauma, Ansiedade Social e Ansiedade aguda e ajustamento.

Na análise descritiva, todos os valores se revelaram consistentes com o expectável, contudo, é de salientar que o item 1 (Preocupar-me com o bebé) da dimensão Preocupação excessiva/Medos específicos é o que apresenta o valor de mediana mais elevado (3.00) e o único com peso fatorial inferior a .40 (.278). Estes valores podem ser justificados pelo facto deste item, a preocupação com o bebé, ser normativo no pós-parto, isto é, mesmo sem um quadro ansioso de base, é esperado que as recentes mães se preocupem com o seu bebé.

No teste da estrutura fatorial da ERAP através de análise fatorial confirmatória, o modelo inicial revelou índices deficientes de ajustamento, pelo que, seguindo os critérios psicométricos recomendados<sup>21</sup> foi excluído o item 1 (Preocupar-me com o bebé). De seguida, e para potenciar o ajustamento, foram correlacionados 23 pares de itens da mesma dimensão com índices de modificação superiores a .11. Desta forma, verificou-se o melhoramento significativo dos índices de ajustamento do modelo de 1ª ordem, tornando-se estes razoáveis a bons. Os índices de ajustamento do modelo de 2ª ordem foram semelhantes aos do modelo de 1ª ordem, o que revela que os itens são coerentes com a dimensão a que estão associados.

Estabelecida a escala com 30 itens, foram calculadas as correlações entre as pontuações total e dimensionais da ERAP-30. Analisando a correlação entre as dimensões e o total, verificámos que todas as dimensões se correlacionavam de modo significativo com a escala, sendo que a dimensão Perfeccionismo/Controlo/Trauma foi a que apresentou um coeficiente mais elevado (.910). Esta grande correlação entre o perfeccionismo, controlo e trauma e a ansiedade no pós-parto é suportada pelo conhecimento atual de que o perfeccionismo é um dos importantes fatores de risco para a sintomatologia ansiosa no período perinatal.<sup>23,24</sup>

No que diz respeito às correlações entre as dimensões da ERAP, a mais elevada e de alta magnitude (.775), verificou-se entre as dimensões Ansiedade social e Ansiedade aguda e

Ajustamento, o que poderá dever-se a reações de ajustamento perante situações de stress e/ou a traços de personalidade.

Para apreciar a fidelidade desta escala obtivemos a consistência interna e a estabilidade da mesma.

A consistência interna foi avaliada pelo alfa de *Cronbach*, sendo de .948 para o total. Nas dimensões, a consistência interna revelou valores bons, compreendidos entre .831 (Ansiedade social) e .888 (Ansiedade aguda e ajustamento). Comprovou-se que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna da ERAP-30.

Uma vez que esta escala já foi validada para o período da gravidez e avalia sintomas que podem estar presentes, quer na gravidez, quer no pós-parto, utilizou-se a estabilidade temporal entre estas duas fases do período perinatal como parâmetro de fidelidade. Todas as dimensões se correlacionaram significativamente, de forma positiva e com magnitude moderada nos dois momentos de avaliação.

De forma a comprovar duplamente a constância dos resultados da ERAP-30, decidimos ainda calcular a estabilidade temporal em dois momentos do pós-parto, aos 2 e 6 meses de pós-parto. Todas as dimensões se correlacionaram significativamente, de forma positiva e de magnitude elevada nos diferentes momentos de avaliação.

Com este cálculo adicional para o mesmo indicador de fidelidade da escala, foi-nos possível eliminar um evento de vida, que pela sua importância, pode levar à maturação das participantes, o parto.<sup>25,26</sup> Este possível impacto justifica então a melhoria dos coeficientes de correlação de *Pearson* quando todas as variáveis foram avaliadas no pós-parto.

A corroborar a existência de estabilidade temporal, temos também os resultados do teste t de *Student* para amostras emparelhadas, no qual as pontuações médias totais e dimensionais da ERAP-30 obtidas aos 2 meses pós-parto e aos 6 meses pós-parto não se distinguiram significativamente.

Por sua vez, para obter a validade da ERAP-30 avaliámos ainda a validade convergente-divergente e a validade concorrente da mesma.

No estudo da validade convergente-divergente avaliámos a correlação da ERAP com a ERDP e diferentes dimensões da PoMS.

Em relação à ERDP, a ERAP-30 correlacionou-se de forma positiva, significativa e com magnitude moderada, tanto na sua totalidade como nas diferentes dimensões. Esta correlação mostrou-se condizente com estudos anteriores, que apontaram que a ansiedade e a depressão apresentam elevada comorbilidade no pós-parto.<sup>27</sup>

Já na correlação da ERAP com a PoMS, a ERAP-30 correlacionou-se de forma positiva, significativa e de amplitude moderada a elevada com as dimensões do afeto negativo, depressão e ansiedade da PoMS. Pelo contrário, com a dimensão Vigor da PoMS, a ERAP-30 correlacionou-se de forma negativa, o que coincide com o conhecimento de que a vivência dos sintomas de ansiedade é acompanhada de um baixo estado de energia e vigor físico e psicológico.<sup>28</sup>

Outro aspeto fundamental deste estudo foi a utilização do diagnóstico como critério para a análise da validade concorrente. Com este propósito, uma parte da amostra foi entrevistada, tendo sido possível apurar, de forma válida, as mulheres com e sem diagnóstico de perturbação de ansiedade. Usou-se o teste U de Mann-Whitney para apreciar se estes dois grupos se distinguem relativamente às pontuações na ERAP-30, tendo-se verificado que as mulheres com um diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentaram pontuações significativamente mais elevadas em relação àquelas sem esse diagnóstico, na ordem de duas a nove vezes superiores. Consequentemente, isto mostra uma excelente validade de critério.

Por fim, e de forma a tornar viável a utilização desta escala para o rastreio de perturbações de ansiedade no pós-parto, abordámos ainda as suas propriedades operativas, testando a sua sensibilidade e especificidade através da análise de curvas ROC. O índice de *Youden* mais elevado foi o de .8661 para o ponto de corte 30, o qual gerou sensibilidade de 90.00% e especificidade de 96.61 %. De realçar ainda que, a AUC é de .972, o que indica uma precisão diagnóstica elevada.

O ponto de corte da ERAP-30 é diferente do sugerido na publicação da versão original, mas de acordo com os nossos resultados, esta versão portuguesa é consideravelmente mais sensível e específica (.9 e .9661 contra .7 e .3, respetivamente). Na versão original, o ponto de corte era de 26 e foram estabelecidos diferentes graus de gravidade da sintomatologia ansiosa: mínimo se 0-20, moderados se 21-41 e severos se 42-93. Na nossa escala, nenhuma avaliação foi executada para classificar a gravidade de sintomas em diferentes graus, tendo sido apenas avaliada a presença ou ausência de uma perturbação de ansiedade nas mulheres rastreadas.

Importa ainda acrescentar que outros trabalhos têm sido desenvolvidos com o intuito de validação da *PASS* como instrumento de rastreio de perturbações da ansiedade no período perinatal, nomeadamente no Bangladesh<sup>29</sup> e na Turquia<sup>30</sup>. Em ambos os trabalhos, a escala em estudo apresentou potencial enquanto possível instrumento de apoio ao rastreio de rotina da patologia, no entanto o tamanho da amostra utilizada no Bangladesh foi uma limitação para a representatividade da população alvo.

Relativamente às características operativas, para a validação da versão turca também recorreram ao método mais recomendado, as curvas ROC, utilizando como entrevista diagnóstica a *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-1).<sup>30</sup> No entanto, o ponto de corte obtido para a versão turca foi de 16, muito inferior ao nosso e ao da versão original. Segundo os autores, tendo em conta os valores aceitáveis de sensibilidade, especificidade e valores preditivos, este ponto de corte muito inferior ao da versão original (e ao da versão portuguesa) pode ser atribuído às diferenças culturais na expressão de emoções/gravidade de sintomas entre países asiáticos e ocidentais.



## **CONCLUSÃO**

Em suma, podemos concluir que este instrumento pode começar a ser utilizado para o rastreio da ansiedade no pós-parto na população portuguesa, quer para fins clínicos, quer de investigação, pois revelou um ajustamento globalmente aceitável, propriedades psicométricas adequadas - boa validade de construto, concorrente, convergente-divergente, bem como fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal) – e propriedade operativas excelentes.

Ressalta dos resultados deste estudo, a importância do rastreio de sintomatologia ansiosa nas mulheres no pós-parto, para melhorar o seu acompanhamento e tratamento médico. Adicionalmente, é também necessário acrescentar que a utilização da ERAP para a gravidez e para o pós-parto, permitirá um acompanhamento das mudanças de sintomas, e assim facilitar uma intervenção precoce no decurso destas patologias.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo a oportunidade de ingressar no projeto no qual este estudo se inseriu.

Agradeço à Doutora Telma por aceitar ajudar-me nesta etapa final do meu percurso académico e por me ensinar que a instabilidade é uma constante da vida, portanto temos que aceitar como tal e trabalhar todos os dias para tentar criar um espaço de felicidade para nós e para os nossos.

Agradeço a Coimbra.

Agradeço à Catarina por estar sempre lá.

Agradeço aos meus pais por me permitirem ser quem sou, mesmo quando sou algo que eles não entendem. Sempre me apoiaram e me desejaram mais do que desejam para eles próprios.

Agradeço à minha avó por rezar por mim, porque sei que essa era a sua maior demonstração de amor.

## REFERÊNCIAS


1. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5):443–54.
2. Pereira AT, Pinto C, Azevedo J, Marques M, Xavier S, Soares MJ, Marques M MA. Validity and reliability of the perinatal Anxiety Screening Scale in a Portuguese sample of pregnant women. *Eur Psychiatry*. 2019.
3. Furtado M, Chow CHT, Owais S, Frey BN, Van Lieshout RJ. Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord [Internet]*. 2018;238(June):626–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.073>
4. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315–23.
5. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord [Internet]*. 2016;200:148–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>
6. Pereira AT, Xavier S, Julieta Azevedo, Cristiana Marques, Maria João Soares, Maria Sofia Meneses, Mariana Marques AM. Prevalence and comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders in the postpartum. 2019.
7. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord [Internet]*. 2016;203:292–331. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
8. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Vol. 191, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2016. p. 62–77.
9. Verd S, Filgueira ANA, Cardo E. ARTÍCULO ORIGINAL BENEFICIOS DEL MINDFULNESS EN MUJERES EMBARAZADAS Materiales y métodos Resultados. 2020;80:47–52.
10. Long MM, Cramer RJ, Jenkins J, Bennington L, Paulson JF. A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(1):25–36.
11. Fairbrother N, Corbyn B, Thordarson DS, Ma A, Surm D. Screening for perinatal anxiety

- disorders: Room to grow. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;250(October 2018):363–70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.052>
12. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coo S, Oxnam E, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord* [Internet]. 2015;186:18–25. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715004231>
  13. World Psychiatric Association. Position Statement on Perinatal Mental Health [Internet]. 2017. Available from: [https://globalalliancematernalmentalhealth.org/wp-content/uploads/2018/03/WPA\\_perinatal\\_position\\_statement\\_FINAL29012018.pdf](https://globalalliancematernalmentalhealth.org/wp-content/uploads/2018/03/WPA_perinatal_position_statement_FINAL29012018.pdf)
  14. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: as accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2013;16(1):67–77. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0319-6>
  15. Azevedo J, Xavier S, Marques C, Bento E, Marques M, Soares MJ, et al. Confirmatory factor analysis of the perinatal depression screening scale-24. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2017;41:S361. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933817326299>
  16. Marques C, Macedo A, Azevedo J, Xavier S, Soares MJ, Marques M PA. O efeito protetor da auto-compaixão no período perinatal. In: 1as Jornadas da Unidade de Psicologia Clínica do CHUC; Coimbra, Portugal. 2017.
  17. Pereira A, Marques C, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, bento elisabete, et al. Prevalence and incidence of postpartum Major Depression (DSM-5) in Portuguese women. In 2017.
  18. Xavier S, Azevedo J, Marques M, Soares MJ, Macedo A, Pereira A. Diagnostic Interview for psychological distress: description and experts' panel evaluation. 2015.
  19. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2017.
  20. Cohen J. A power primer. Vol. 112, *Psychological Bulletin*. US: American Psychological Association; 1992. p. 155–9.
  21. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7ª edição. 2018.
  22. MedCalc Software Ltd. MedCalc for Windows, version 19.2.6 - MedCalc Software, Ostend, Belgium.

23. Oddo-Sommerfeld S, Hain S, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;191:280–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715302731>
24. Almeida N, Pereira AT, Araújo A, Xavier S, Azevedo J SMMA. Correlatos e fatores de risco da depressão perinatal. Poster para o XIV Congresso Nacional de Psiquiatria 2020. 2020.
25. Zdolska-Wawrzkiwicz A, Bidzan M, Chrzan-Dętkoś M, Pizuńska D. The Dynamics of Becoming a Mother during Pregnancy and After Childbirth. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Dec 19;17(1):57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31861696>
26. Coutinho E de C, Silva CB da, Chaves CMB, Nelas PAB, Parreira VBC, Amaral MO, et al. Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? . Vol. 48, *Revista da Escola de Enfermagem da USP* . scielo ; 2014. p. 17–24.
27. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;198:142–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010>
28. Pereira AT, Marques M, Soares MJ, Maia BR, Bos SC, Valente J; Nogueira V, Roque C, Madeira N. MA. Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *J Affect Disord*. 2014;166:71–8.
29. F Y. Adaptation of the Perinatal Anxiety Screening Scale in Bangladeshi Context. *Psychol Psychol Res Int J*. 2018;3(1):1–11.
30. Yazıcı E, Mutu Pek T, Uslu Yuvacı H, Köse E, Cevrioglu S, Yazıcı AB, et al. Perinatal Anxiety Screening Scale validity and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). *Psychiatry Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2019;29(4):609–17. Available from: <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1506247>


## ANEXOS

**Anexo I.** Poster apresentado no XXXIII Encontro de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática, em Portimão, a 5 e 6 de março de 2020.



# ESCALA DE RASTREIO DA ANSIEDADE PERINATAL

## Validação portuguesa para o pós-parto



**Pereira AT<sup>1</sup>, Caiano P<sup>2</sup>, Cabaços C<sup>1,3</sup>, Pereira D<sup>1,3</sup>, Barros M<sup>2</sup>, Pinto AC, Azevedo J<sup>1</sup>, Xavier S<sup>1</sup>, Soares MJ<sup>1</sup>, Macedo A<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; <sup>3</sup>Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### INTRODUÇÃO

Na última década a **ansiedade perinatal** (na gravidez e no primeiro ano após o parto) tem sido cada vez mais valorizada, não apenas como fenómeno que surge associado à depressão perinatal.

Revisões sistemáticas, com meta-análise, da prevalência da ansiedade pós-parto apresentam uma prevalência de aproximadamente 15% depois do período pós-parto inicial<sup>1</sup>. Num estudo epidemiológico recente, numa vasta amostra de mulheres portuguesas, a prevalência das perturbações de ansiedade no sexto mês após o parto foi respetivamente de 5,0%, com claro predomínio de Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) (Xavier et al. 2019), resultados que estão de acordo com a melhor evidência internacional (Dennis et al. 2017). Assim, o rastreio da ansiedade perinatal em Portugal torna-se fulcral pois, para além do impacto que tem na doente, esta patologia tem repercussões na interação mãe-filho e no desenvolvimento da criança (Pereira et al. 2019a).

No projeto de investigação "Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão - eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários" (PTDC/DTP-PIC/2449/2014), no qual este estudo se insere, é utilizada a versão portuguesa preliminar da **Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)**, que foi traduzida pela equipa de investigação a partir da versão original *Perinatal Anxiety Screening Scale* (Somerville et al. 2014). Mesmo a nível internacional este é único questionário cujos itens focam especificamente o período perinatal. Na sua versão original, este questionário composto por 31 itens, revelou boas propriedades psicométricas e operativas (Pereira et al. 2019).

Em **Portugal**, já foi testado com **mulheres grávidas**, resultando numa versão com 29 itens com excelente validade, fidelidade e acuidade para o rastreio da ansiedade perinatal (Pereira et al. 2019).

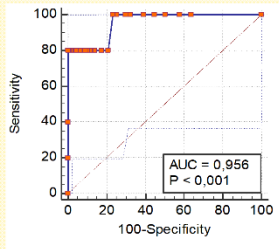
### RESULTADOS

- A **análise factorial confirmatória** do modelo de segunda ordem, previamente obtido com uma amostra de grávidas (n=606; Pereira et al. 2019), baseada no modelo da versão original (Somerville et al. 2014), com a eliminação de um item com *loading* inferior a .40, revelou um ajustamento aceitável ( $X^2/gf=2.4080$ ; CFI=.9010; GFI=.8290; RMSEA=.0770).
- Os coeficientes alfa de *Cronbach* da ERAP-30 e das suas quatro dimensões foram >.80.
- Os coeficientes de correlação da ERAP com a PDSS e com o Afeto negativo e Afeto Positivo foram significativos e moderados.
- As **mulheres com perturbações de ansiedade (n=10; 5,3%)** apresentaram pontuações totais e dimensionais significativamente superiores na ERAP-30 (todos p<.001).
- Os coeficientes de correlação entre as pontuações total e dimensionais na ERAP-30 aos 2 e aos 6 meses PPT foram significativos e elevados ( $r>.50$ ; p<.01).
- A análise de curvas ROC mostrou que o ponto de corte que potenciou o *Yoden Index* (.866) foi o **30**, associado a uma sensibilidade de 90,00% e especificidade de 96,61%. A área abaixo da curva/AUC foi .972 (p<.001) (Tabela 1).

### Tabela 1:

Probabilidades condicionais da ERAP-30, para o PC<30

Características operativas	ERAP-30
Prevalência	7.81% (n=13/128)
Ponto de Corte	>30
Sensibilidade (IC 95%)	90.00% (55.5 – 99.7)
Especificidade (IC 95%)	96.61% (91.5 – 99.1)
Likelihood ratio Positivo	26,55
Likelihood ratio Negativo	0,10
VPP	69,2
VPN	99,1



Curva ROC da ERAP-30 – PÓS-PARTO

### OBJETIVO

Analisar as suas propriedades psicométricas e operativas da **Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)** no pós-parto.

### MÉTODOS

#### PARTICIPANTES, PROCEDIMENTO e INSTRUMENTOS

N=305 mulheres, recrutadas durante a gravidez, na Maternidade Bissaya Barreto, responderam, entre o 2<sup>o</sup>-6<sup>o</sup> meses PPT (16,15±8,04 semanas pós-parto) a questionários validados: ERAP; Escala de Rastreio da Depressão Perinatal (ERPD; Pereira et al. 2013); *Profile of Mood States*/PoMS (Marques et al. 2017). Destas, 188 participantes foram entrevistadas com a *Diagnostic Interview for Psychological Distress*/DIPD-PPT aproximadamente no sexto mês PPT. Todas as participantes tinham respondido à ERAP no segundo trimestre de gravidez.

Utilizámos o programa SPSS 25 para as análises descritivas e psicométricas e o MEDCALC para a análise de curvas ROC.


### CONCLUSÃO


A versão portuguesa da ERAP revelou boa validade de construto, concorrente (utilizando como critério o diagnóstico), convergente-divergente (com a ERPD e as dimensões de afeto negativo e afeto positivo do PoMS) e fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal), e excelente acuidade para o rastreio de perturbações de ansiedade.


Vem colmatar a falta de um instrumento de rastreio da ansiedade perinatal, podendo começar a ser utilizada para esse fim.

### REFERÊNCIAS

Dennis CL et al. (2017) Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*; Xavier S et al. (2019) Prevalence and comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders in the postpartum. *European Psychiatry*; Pereira AT et al. (2019) Psiquiatria perinatal. In H. Firmino, Santiago L.M., J. Andrade e V. Nogueira (Coords.) *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Lisboa: Lidel; Somerville S et al. (2014). The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health*, 17(5), 443-454. Pereira AT et al. (2019) Validity and reliability of the perinatal Anxiety Screening Scale in a Portuguese sample of pregnant women. *European Psychiatry*; Pereira AT et al. (2013). Short forms of the postpartum depression screening scale: as accurate as the original form. *Archives of Women's Mental Health*. Marques C et al. (2017). O Perfil de Estados de Humor no período perinatal. Poster apresentado nas 1as Jornadas da Unidade de Psicologia Clínica do CHUC, Coimbra, Portugal.







## Anexo II. Aprovação da Comissão de Ética e Conselho Científico da FMUC



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **042-CE-2017**

Data 22/05/2017

C/C aos Exmos. Senhores  
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira  
Director da Faculdade de Medicina de  
Universidade de Coimbra

**Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-036/2017).**

**Investigador(a) Principal:** Ana Telma Fernandes Pereira

**Co-Investigador(es):** António João Ferreira de Macedo e Santos, Mariana Vaz Pires Marques, Maria João de Castro Soares, Julieta Azevedo e Cristiana Campos Marques

**Título do Projeto: "Rastreio, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários".**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

**"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".**

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

  
Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

### **Anexo III.** Informação e consentimento informado

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

**Código:** □□□□□

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao investigador responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.

5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.

6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.

7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

**Nome da Participante** \_\_\_\_\_

**Assinatura** : \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

**Nome do Investigador:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



#### Anexo IV. Instrumentos de avaliação

**POMS:** A seguir encontra uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm. À frente de cada palavra coloque um **círculo (O)** no algarismo que melhor descreve como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**, incluindo hoje.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
De maneira nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo

1. Tensa	0	1	2	3	4
2. Infeliz	0	1	2	3	4
3. Irritada	0	1	2	3	4
4. Enervada	0	1	2	3	4
5. Rabugenta	0	1	2	3	4
6. Neura	0	1	2	3	4
7. Cheia de força	0	1	2	3	4
8. Resmungona	0	1	2	3	4
9. Agitada	0	1	2	3	4
10. Nervosa	0	1	2	3	4
11. Alegre	0	1	2	3	4
12. Desesperada	0	1	2	3	4
13. Desamparada	0	1	2	3	4
14. Segura de si	0	1	2	3	4
15. Cheia de vida	0	1	2	3	4
16. Mau humor	0	1	2	3	4
17. Culpada	0	1	2	3	4
18. Desorientada	0	1	2	3	4

**ERDP:** A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebê. Escolha a resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido no **ÚLTIMO MÊS**. **Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.**

**NO ÚLTIMO MÊS, EU...**

	1	2	3	4	5
	Discordo muito	Discordo	Não discordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. Tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebê dormia.	1	2	3	4	5
2. Já não sabia quem eu era.	1	2	3	4	5
3. Senti-me um fracasso como mãe.	1	2	3	4	5
4. Senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).	1	2	3	4	5
5. Tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
6. Senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
7. Senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria.	1	2	3	4	5
8. Pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo	1	2	3	4	5
9. Acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
10. Senti altos e baixos nas minhas emoções.	1	2	3	4	5
11. Pensei que estava a enlouquecer.	1	2	3	4	5
12. Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
13. Quis fazer mal a mim própria.	1	2	3	4	5
14. Dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
15. Senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o meu bebê.	1	2	3	4	5
16. Tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
17. Tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
18. Senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebê.	1	2	3	4	5
19. Senti que o meu bebê estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
20. Tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
21. Só queria deixar este mundo	1	2	3	4	5

**ERAP:** AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experienciou o seguinte?

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, em todas as questões.

	0	1	2	3
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Preocupar-me com o bebé	0	1	2	3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	0	1	2	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	0	1	2	3
4. Preocupar-me com muitas coisas	0	1	2	3
5. Preocupar-me com o futuro	0	1	2	3
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	0	1	2	3
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, etc...)	0	1	2	3
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	0	1	2	3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	0	1	2	3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	0	1	2	3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	0	1	2	3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	0	1	2	3
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
23. Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3

26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

## **DIDP - PP**

### **DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR PSYCHOLOGICAL DISTRESS (DSM-5) POSTPARTUM - VERSÃO PORTUGUESA PARA O SEXTO MÊS PÓS-PARTO**

Entrevista diagnóstica para perturbação depressiva major, perturbações de ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de stresse pós-traumático e perturbação aguda de stresse (DSM-5) - Pós-parto

Ana Telma Pereira, António Macedo, Elisabete Bento, Julieta Azevedo, Maria João Soares, Mariana Marques e Sandra Xavier

#### **ENTREVISTA:**

De forma a manter a entrevista tão breve quanto possível, informe a participante que vai conduzir uma entrevista clínica que é mais estruturada que o habitual, com questões muito precisas acerca de aspectos psicológicos que requerem uma resposta tipo sim ou não.

#### **FORMATO GERAL:**

A Entrevista Diagnóstica para a Perturbação Depressiva Major (DSM-5) no Pós Parto está dividida em módulos identificados por letras.

- No início de cada módulo diagnóstico são apresentadas questões de rastreio, correspondentes aos principais critérios do DSM-5, numa caixa cinzenta.
- No fim de cada módulo, existem caixa(s) de diagnóstico (com texto em itálico) que permitem ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico estão preenchidos.

#### **CONVENÇÕES:**

As frases escritas em «letra de tipo normal» devem ser lidas à participante exactamente como estão escritas, de maneira a standardizar a avaliação dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em «MAIÚSCULAS» não devem ser lidas à participante. São instruções para o entrevistador, para auxiliar a cotar os algoritmos diagnósticos.

As frases escritas em «negrito» indicam o enquadramento temporal a investigar. O entrevistador deve lê-las o número de vezes necessário. Apenas os sintomas que ocorram dentro do enquadramento temporal indicado devem ser considerados para cotar as respostas.

As respostas com uma seta sobre elas ( ) indicam que pelo menos um dos critérios necessários para o diagnóstico não foi preenchido. Neste caso, o entrevistador deve passar para o próximo módulo.

#### **INSTRUÇÕES DE CODIFICAÇÃO:**

Todas as perguntas devem ser cotadas. A codificação é feita à direita de cada questão, colocando um círculo em torno do «SIM» ou «NÃO». O julgamento clínico do entrevistador deve ser utilizado na cotação das respostas. O entrevistador deve perguntar exemplos, quando necessário, para garantir uma cotação rigorosa. A participante deve ser encorajada a pedir esclarecimentos em qualquer questão que não esteja absolutamente clara.

O clínico deve ter a certeza de que cada dimensão da pergunta é tida em conta pela participante (por exemplo, enquadramento temporal, frequência, gravidade e/ou alternativas).

**Anexo V.** Frequência das respostas aos itens da ERAP (31 Itens).

	Frequência das respostas			
	0	1	2	3
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Preocupar-me com o bebé	4 (1.3)	42 (13.8)	79 (25.9)	180 (59.0)
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	19 (6.2)	129 (42.3)	77 (25.2)	80 (26.2)
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	227 (74.4)	50 (16.4)	15 (4.9)	13 (4.3)
4. Preocupar-me com muitas coisas	52 (17.0)	166 (54.4)	52 (17.0)	35 (11.5)
5. Preocupar-me com o futuro	41 (13.4)	157 (51.5)	67 (22.0)	40 (13.1)
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	210 (68.9)	63 (20.7)	22 (7.2)	10 (3.3)
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, etc...)	256 (83.9)	37 (12.1)	7 (2.3)	5 (1.6)
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	266 (87.2)	30 (9.8)	5 (1.6)	4 (1.3)
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	251 (82.3)	39 (12.8)	11 (3.6)	4 (1.3)
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	182 (59.7)	99 (32.5)	19 (6.2)	5 (1.6)
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	184 (60.3)	92 (30.2)	23 (7.5)	6 (2.0)
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	58 (19.0)	154 (50.5)	58 (19.0)	35 (11.5)
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	57 (18.7)	145 (47.5)	72 (23.6)	31 (10.2)
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	226 (74.1)	62 (20.3)	12 (3.9)	5 (1.6)
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	238 (78.0)	55 (18.0)	6 (2.0)	6 (2.0)
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	235 (77.0)	57 (18.7)	8 (2.6)	5 (1.6)
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	144 (47.2)	116 (38.0)	35 (11.5)	10 (3.3)
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos	239 (78.4)	51 (16.7)	8 (2.6)	7 (2.3)

19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	213 (69.8)	73 (23.9)	17 (5.6)	2 (.7)
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	211 (69.2)	74 (24.3)	16 (5.2)	4 (1.3)
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	243 (79.7)	44 (14.4)	13 (4.3)	5 (1.6)
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	259 (84.9)	35 (11.5)	8 (2.6)	3 (1.0)
23. Evitar coisas que me preocupam	138 (45.2)	138 (45.2)	24 (7.9)	5 (1.6)
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	274 (89.8)	26 (8.5)	4 (1.3)	1 (.3)
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	252 (82.6)	45 (14.8)	7 (2.3)	1 (.3)
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	220 (72.1)	72 (23.6)	12 (3.9)	1 (.3)
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	204 (66.9)	76 (24.9)	22 (7.2)	3 (1.0)
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	237 (77.7)	48 (15.7)	17 (5.6)	3 (1.0)
29. Medo de perder o controlo	222 (72.8)	60 (19.7)	17 (5.6)	6 (2.0)
30. Sentir-me em pânico	268 (87.9)	28 (9.2)	6 (2.0)	3 (1.0)
31. Sentir-me agitada	190 (62.3)	95 (31.1)	14 (4.6)	6 (2.0)