FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA CASSILDA DA SILVA PINTO

Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal – Validação portuguesa para a gravidez

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO

DOUTORA ANA TELMA PEREIRA

FEVEREIRO/2019

Construímos o que somos pela humildade que depositamos no conhecimento.

Parte deste trabalho foi submetido ao *27th European Congress of Psychiatry* (EPA 2019), a decorrer nos dias 6 a 9 Abril, em Varsóvia na Polónia (Anexo I).

Referências:

Pereira AT, **Pinto AC**., Azevedo J., Marques C, Xavier S., Soares MJ, Marques M., Macedo A. Validity and reliability of the Perinatal Anxiety Screening Scale in a Portuguese sample of pregnant women. 2018. Aceite para apresentação sob a forma de *E-Poster Presentation.*

Pereira AT, **Pinto AC**., Azevedo J., Marques C, Xavier S., Soares MJ, Marques M., Macedo A. (2018). Validity and reliability of the Perinatal Anxiety Screening Scale in a Portuguese sample of pregnant women.*Abstract* aceite para publicação no *European Psychiatry*, *in press*.

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	11
MATERIAIS E MÉTODOS	13
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO / CONCLUSÃO	32
AGRADECIMENTOS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	39

LISTA DE ABREVIATURAS

A – Ansiedade

AAA – Ansiedade aguda e ajustamento

AIQ – Amplitude interquartil

AS – Ansiedade social

AUC – A*rea Under the Curve*

CFI – *Comparative fit index*

D – Depressão

DP – Desvio Padrão

DIPD – *Diagnostic Interview for Psychlogical Distress*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ERAP – Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

ERDP – Escala de Rastreio da Depressão Perinatal

F – Fadiga

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FP – Falsos Positivos

GFI – *Goodness of fit index*

gl – Graus de liberdade

IC – Intervalo de confiança

ICD – I*nternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

IPM – Instituto de Psicologia Médica

LR – *Likelihood Ratio*

M – Média

Md – Mediana

PCT – Perfeccionismo/Controlo/Trauma

PE/ME – Preocupação excessiva e Medos específicos

POMS – *Profile of Mood States*

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

TLI – *Tucker-Lewis Index*

T0 – Tempo zero (Primeiro momento de aquisição dos dados)

T1 – Tempo um (Segundo momento de aquisição dos dados)

V – Vigor

VPP – Valor preditivo positivo

VPN – Valor preditivo negativo

X – Extroversão

X^2 – Qui-quadrado

RESUMO

Introdução: Embora a distinção entre ansiedade normal e patológica seja particularmente difícil no período perinatal, as perturbações de ansiedade afetam aproximadamente 10% das mulheres neste período. A deteção precoce é um imperativo devido às implicações da ansiedade no período perinatal. Até agora e, tanto quanto seja do nosso conhecimento, existe apenas um instrumento de rastreio, 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: Testar a estrutura fatorial da ERAP e analisar as suas propriedades psicométricas, nomeadamente validade de constructo, concorrente e convergente-divergente, bem como a fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal).

Métodos: 606 grávidas, entre 10ª e a 31ª semanas de gestação (Média de semanas de gestação=17.07±4.813) responderam a questionários de autopreenchimento que continham a ERAP, a ERDP-24 e a POMS. Desta amostra 251 participantes foram submetidas a uma entrevista diagnóstica. No pós-parto, aproximadamente no terceiro/quarto mês (Idade média do bebé em semanas=14.14±4.457) responderam novamente à ERAP de forma a avaliar a estabilidade temporal da escala.

Resultados: A estrutura fatorial do modelo inicial revelou maus índices de ajustamento. Após a eliminação dos itens com *loadings* inferiores a .40 (1 e 2) e correlacionados cinco pares de erros, o modelo de segunda ordem revelou um ajustamento aceitável (X^2/gl=3.9263; *TLI*=.8855; *CFI*=.8967; *GFI*=.8469; *RMSEA*=.0695). As quatro dimensões da ERAP-29 demonstraram consistência interna boa, com alfas de *Cronbach* entre .837 (Ansiedade social) e .890 (Ansiedade aguda e ajustamento). No estudo da validade convergente-divergente, obteve-se correlações significativas entre as dimensões da ERAP e a PDSS; da POMS a única dimensão que não se correlacionou com a ERAP foi o Vigor. O teste U de *Mann Whitney* evidenciou excelente validade de critério, ao relevar que as mulheres com perturbações de ansiedade apresentaram pontuações totais e dimensionais significativamente superiores na ERAP.29. Através da análise de curvas ROC, verificou-se que o ponto de corte que potenciou o *Yoden Index* (.7705) foi o 28, associado a uma sensibilidade de 84.62% e uma especificidade de 92.44%.

Discussão e Conclusão: A presente adaptação da ERAP, globalmente, revelou boa validade de construto (ajustamento aceitável), convergente-divergente e fidelidade, bem como excelente acuidade para o rastreio de perturbações de ansiedade. Vem colmatar a falta de um instrumento de rastreio da ansiedade na gravidez, podendo começar a ser utilizada para esse fim.

Palavras-chave: ERAP; Versão Portuguesa; Análise fatorial confirmatória; Validade; Fidelidade; Curvas ROC; Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: Although the distinction between normal and pathological anxiety is particularly difficult in the perinatal period; anxiety disorders affect approximately 10% of women in this period. Early detection is imperative because of the anxiety implications in the perinatal period. To our knowledge, there is only one screening instrument, ERAP, which evaluates four dimensions: 1 - Excessive Worry/Specific fears; 2 - Perfectionism/ Control/ Trauma; 3 - Social Anxiety; 4 - Acute anxiety and adjustment.

Objective: To test the factorial structure of ERAP and to analyze its psychometric properties, namely construct validity, convergent-divergent validity, as well as reliability (internal consistency and temporal stability).

Methods: 606 pregnant women, between 10 and 31 weeks of gestation (mean weeks of gestation=17.07±4.813) answered a set of self-reported questionnaires containing ERAP, ERDP-24 and POMS. From this sample, 251 participants also answered to a diagnostic interview. In the postpartum, around the third/fourth month (mean age of the baby in weeks=14.14±4.457), they answered again to ERAP, in order to analyze the temporal stability of the scale.

Results: The factorial structure of the initial model revealed poor adjustment indices. After the elimination of the items with loadings lower than .40 (1 and 2) and correlated five pairs of errors, the second order model revealed an acceptable fit (X^2/gl=3.9263; TLI=.8855; CFI=.8967; GFI=.8469; RMSEA=.0695). The four dimensions of ERAP-29 demonstrated good internal consistency, with Cronbach alphas between .837 (social anxiety) and .890 (acute anxiety and adjustment). In the study of convergent-divergent validity, significant moderate to high correlations between the dimensions of ERAP, PDSS and POMS were found. The Mann Whitney U test showed excellent criterion validity, by showing that affected women presented significantly higher total and dimensional mean scores in ERAP-29. ROC analysis evidenced that the cut-off point that potentiated the Yoden Index (.7705) was of 28, associated with a sensitivity of 84.62% and a specificity of 92.44%.

Discussion and Conclusion: Globally, ERAP-29 revealed good construct validity (acceptable fit), convergent-divergent validity 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 pregnancy, and it is ready to be used for this purpose.

Keywords: ERAP; Portuguese Version; Confirmatory factorial analysis; Validity ; Fidelity; ROC curves; Pregnancy.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o período perinatal constituem períodos de maior risco para o desenvolvimento ou recorrência de problemas de saúde mental [1]. Nestes últimos, as perturbações de ansiedade assumem cada vez mais relevância, com uma prevalência, segundo alguns estudos, superior à depressão perinatal [2].

Na última década, muitos trabalhos têm incidido sobre o efeito da gravidez e do pós parto no curso das perturbações da ansiedade por si só, como fenómeno isolado, e não apenas como comorbilidade associada à sintomatologia depressiva [3]. Inclusivamente a ansiedade já se revelou percursora da depressão, o que tem sido explicado à luz das alterações fisiológicas da gravidez e da dificuldade em lidar com o stresse, que tendencialmente aumenta neste período [4,5,6]. Também as alterações hormonais têm sido putativamente mencionadas, mas ainda sem uma associação etiológica, clara e definitiva [7, 8].

Apesar da etiologia do quadro, na gravidez, ainda não estar bem definida, sabe-se que no período perinatal vários fatores podem desencadear a sintomatologia ansiosa. Desde as preocupações inerentes à maternidade (parto, bebé), às preocupações com a auto imagem e à alteração das rotinas, todos são fatores que podem precipitar ou agravar um quadro de ansiedade ou outra perturbação psiquiátrica já existente [9].

Ainda assim, a maioria das grávidas tende a desvalorizar os sintomas e a não procurar ajuda para os seus problemas de saúde mental, pelo que cabe ao clínico estar atento a sinais que possam indiciar patologia ou sofrimento clinicamente relevante e, assim, condicionar alterações no desenvolvimento (cognitivo, psicomotor, comportamental e sócio emocional) do feto e da criança [10] bem como impacto negativo na vida familiar [11].

Destes sinais, destacam-se a agitação e inquietação (sinal de ativação vegetativa), o choro fácil (sinal de depressão e/ou preocupação e ansiedade), idas frequentes ao serviço de urgência, procura recorrente de tranquilização, comportamentos de evitamento: falta a consultas, contacto visual pobre, postura submissa e vergonha.

Todavia, e segundo estudos recentes, os profissionais de saúde apenas diagnosticam 26% dos casos de perturbações de ansiedade [12]. Em parte porque a formação pré e pós graduada nestes temas é insuficiente mas também pela inexistência, até à data, de instrumentos de rastreio [13].

Perante isto e uma vez que em Portugal, ainda não dispomos de um instrumento de rastreio para a avaliação da ansiedade perinatal, o projeto de investigação no qual este estudo se insere, incluiu a versão portuguesa preliminar da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP), traduzida pela equipa de investigação, a partir da versão original *Perinatal Anxiety Screening Scale* [14]. Mesmo a nível internacional, e tanto quanto é do nosso

conhecimento, este é o único instrumento cujos itens explicitam sintomas que estão especificamente relacionados com este período. Na sua versão original, este questionário composto por 31 itens, revelou boas propriedades psicométricas e operativas [14,15].

O objetivo deste estudo é testar a estrutura fatorial e analisar as propriedades psicométricas e operativas da versão portuguesa da ERAP na gravidez. Mais especificamente, pretendemos estudar a sua fidelidade (consistência interna e estabilidade temporal) e validade (de construto e convergente-divergente) numa amostra de mulheres no segundo trimestre de gravidez.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no âmbito de um projeto de investigação em curso no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra "Rastreio, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários", aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Ref. 042-CE-2017), financiado pela FCT (PTDC/DTP-PIC/2449/2014).

Procedimento

As participantes foram mulheres grávidas, cujo recrutamento decorreu entre fevereiro e julho de 2017 e setembro e dezembro de 2018 na Maternidade Bissaya Barreto.

Às que demonstraram interesse, foi-lhes solicitado o consentimento informado (cf. Anexo II) para a participação voluntária. Este documento incluía o propósito do estudo e garantia a confidencialidade dos dados.

A participação envolveu o auto-preenchimento de questionários e, para uma parte da amostra, a resposta a uma entrevista semi-estruturada.

Amostra

Foram avaliadas 606 mulheres, com uma gravidez sem complicações médicas, entre a 10ª e a 31ª semanas de gestação (Média de semanas de gestação = 17.07± 4.813).

A idade das mulheres variou entre os 18 e os 45 anos, sendo a média de 32.00 anos (±5.276). A grande maioria das participantes era de nacionalidade portuguesa (90.4%), e as restantes de outras nacionalidades. Outras características sociodemográficas da amostra apresentam-se na Tabela I.

Destas 606 participantes, uma subamostra representativa de 251 grávidas (Média de semanas de gestação = 15.95±4.705; Idade média = 31.76±5.337) respondeu à *Diagnostic Interview for Psychological Distress - DIPD* [16,17]. Tal permitiu apurar que, destas 5.2 % (n=13) sofria de uma perturbação de ansiedade sendo: 1.2% (n=2) casos de ansiedade social; 2.0% (n=5) de perturbação de pânico, 1.2% (n=3) de agorafobia, 2.8% (n=7) de ansiedade generalizada e 1.2% (n=3) de POC.

Das 606 participantes, 149 participantes com idade média de 33.08 anos (± 4.996), também responderam à ERAP aproximadamente no terceiro-quarto mês após o parto (Idade média do bebé em semanas=14.14±4.457; variação=3 - 28), o que nos permitiu estudar a estabilidade temporal da ERAP entre a gravidez e o pós-parto.

Desta amostra 51.0 % estava a amamentar e em 38.3 % dos casos o parto tinha sido normal, 19.5% de cesariana e 22.9% com parto instrumentado (ferros e/ou ventosa).

Tabela I – Características da amostra (N=606), subamostra com entrevista diagnóstica (N=251) e subamostra - pós parto (N=149).

	Amostra total **n (%)**	**Subamostra com entrevista** **n (%)**	**Subamostra Pós parto** **n (%)**
Estado Civil			
Solteira/ Nunca Casei	154 (25.4)	68 (27.1)	29 (19.5)
Viúva	4 (.7)	2 (.8)	1 (.7)
Casada/ Vive com companheiro	427 (70.5)	173 (68.9)	113 (75.8)
Divorciada/ Separada	19 (3.1)	8 (3.2)	4 (2.7)
Outro	2 (.3)	-	2 (1.3)
Grau de Escolaridade			
1º Ciclo	1 (.8)	-	-
2º Ciclo	9 (1.5)	4 (1.6)	3 (2.0)
3º Ciclo	77 (12.7)	23 (9.2)	18 (12.1)
Secundário	213 (35.1)	84 (33.5)	51 (34.2)
Licenciatura	186 (30.7)	80 (31.9)	49 (32.9)
Mestrado	101(16.7)	49 (19.5)	24 (16.1)
Doutoramento	8 (1.3)	5 (2.0)	2 (1.3)
Outro	11 (1.8)	6 (2.4)	2 (1.3)
Ocupação: situação atual			
A trabalhar	389 (64.2)	167 (67.1)	104 (69.8)
Desempregada	79 (13.0)	32 (12.9)	13 (8.7)
De baixa/ atestado	123 (20.3)	48 (19.3)	29 (19.5)
Outro	8 (1.3)	2 (.8)	2 (1.3)
*Omisso	7 (1.2)	2 (.8)	1 (.7)
Nº de Filhos			
0 Filhos	325 (53.6)	133 (53.0)	75 (50.3)
1 Filho	238 (39.3)	104 (41.4)	65 (43.6)
2 Filhos	40 (6.6)	13 (5.2)	8 (5.4)
3 Filhos	2 (.3)	-	1 (.7)
6 Filhos	1 (.2)	1 (.4)	-
Total	N=606	N=251	N=149

*Omisso – inexistência de respostas

Instrumentos (cf. Anexo III)

Questionários de auto-preenchimento

Escala de Rastreio para a Ansiedade Perinatal (ERAP) [14,15]

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 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD 10 (1992); *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5 (2013)) para as várias perturbações de ansiedade.

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 Perinatal (ERDP) [18,19]

A versão portuguesa reduzida desta escala é composta por 24 itens e permite responder numa escala de concordância com formato *Likert* (desde "Discordo muito"- 1 a "Concordo muito"- 5) 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)** [20]

Foi utilizada uma versão da POMS composta por 27 adjetivos, que avalia quatro dimensões: D – Depressão; A – Ansiedade; F – Fadiga; V – Vigor. A soma das pontuações nas primeiras três 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, .826 para a Fadiga e .837 para o Vigor.

Entrevista Clínica de Diagnóstico - *Diagnostic Interview for Psychological Distress* (DIPD) [16,17]

Entrevista diagnóstica desenvolvida pelo IPM 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 24 [21] para Windows. 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* [22]: 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 do teste e reteste. De forma a comparar as pontuações médias entre o teste e o reteste na mesma variável realizamos um teste *t* de *Student*.

Usou-se o *software* AMOS 24.0, 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: *X2/gl, Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* [23].

Procedeu-se também à análise de curvas ROC, para selecionar o ponto de corte da ERAP que potencia a sua acuidade, ou seja, a melhor combinação de propriedades operativas – sensibilidade, especificidade, VPP e VPN. Calculamos ainda os *likelihood ratios* (ou testes de verosimilhança) para um teste positivo e para um teste negativo. Os pontos de corte e respetivas probabilidades condicionais foram ajustados para a prevalência, opção fornecida pelo *software* utilizado, o *MedCalc.*

RESULTADOS

Análise descritiva da ERAP (31 itens)

Nas Tabelas IIa e IIb discriminam-se as medidas de tendência central: média, desvio padrão, variância, mediana e amplitude interquartil para cada item da ERAP (com 31 itens). No Anexo IV, apresentam-se as frequências de resposta para cada item da escala em estudo.

Tabela IIa. Média, Desvio Padrão, Variância, Mediana e Amplitude Interquartil dos itens da ERAP (dos itens 1–14).

	Medidas de tendência central				
	M	**DP**	**Variância**	**Mediana**	**Amplitude interquartil**
1. Preocupar-me com a gravidez/bebé	2.29	.781	.610	2.00	1
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	2.03	.893	.797	2.00	2
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	.70	.955	.913	.00	1
4. Preocupar-me com muitas coisas	1.31	.929	.864	1.00	1
5. Preocupar-me com o futuro	1.50	.905	.819	1.00	1
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	.32	.675	.455	.00	0
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)	.54	.820	.672	.00	1
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	.22	.562	.316	.00	0
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	.26	.628	.395	.00	0
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	.68	.840	.706	.00	1
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	.48	.724	.524	.00	1
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	1.08	.938	.881	1.00	2
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	1.10	.976	.953	1.00	2
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	.31	.626	.392	.00	0

Tabela IIb. Média, Desvio Padrão, Variância, Mediana e Amplitude Interquartil dos itens da ERAP (dos itens 15–31).

	Medidas de tendência central				
	M	**DP**	**Variância**	**Mediana**	**Amplitude interquartil**
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	.34	.638	.407	.00	1
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	.38	.707	.500	.00	1
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	.80	.859	.738	1.00	1
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos	.39	.745	.556	.00	1
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	.32	.631	.398	.00	0
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	.31	.609	.371	.00	0
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	.32	.718	.515	.00	0
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	.25	.612	.375	.00	0
23. Evitar coisas que me preocupam	.65	.755	.571	1.00	1
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	.15	.503	.253	.00	0
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	.13	.452	.204	.00	0
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	.26	.560	.314	.00	0
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	.45	.727	.529	.00	1
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	.33	.634	.402	.00	1
29. Medo de perder o controlo	.35	.656	.430	.00	1
30. Sentir-me em pânico	.20	.527	.278	.00	0
31. Sentir-me agitada	.53	.731	.534	.00	1

VALIDADE DE CONSTRUTO

Análise fatorial confirmatória da ERAP

De forma a testar a estrutura fatorial da ERAP foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC).

Como o modelo inicial, com 31 itens e 4 fatores, apresentava maus índices de ajustamento, mesmo com alguns pares de itens da mesma dimensão correlacionados, foram removidos os itens com *loadings* inferiores a .40, sendo estes os itens 1 (Preocupar-me com a gravidez/bebé) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé). Estes itens pertenciam à dimensão **Preocupação excessiva / Medos específicos,** passando esta dimensão a ser apenas constituída por 8 itens.

De seguida identificamos os índices de modificação do modelo de 29 itens distribuídos por quatro fatores (modelo de primeira ordem), através dos quais correlacionamos os erros dos seguintes pares de itens: 4 (Preocupar-me com muitas coisas) e 5 (Preocupar-me com o futuro) da dimensão **Preocupação excessiva / Medos específicos**; 12 (Querer que as coisas sejam perfeitas) e 13 (Precisar de ter as coisas sob controlo) da dimensão **Perfeccionismo / Controlo / Trauma**; 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) da dimensão **Ansiedade Social**; 21 (Sentir-me muito desconfortável em multidões) e 22 (Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa) da dimensão **Ansiedade Social**; 24 (Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme) e 25 (Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu) da dimensão **Ansiedade aguda e ajustamento**.

Correlacionados os erros obtiveram-se melhores índices de ajustamento. Por fim, também o modelo de segunda ordem revelou índices de ajustamento aceitáveis. (Tabela III).

Tabela III. Índices de ajustamento dos modelos testados.

			$\chi^2/g.l$	RMSEA	CFI	TLI	GFI
4 Fatores (versão original)			3.9571	.0986	.7773	.7581	.6980
	Interpretação dos valores [23]	**Ajustamento**					
			Sofrível	Sofrível	Mau	Mau	Mau
4 Fatores (versão original com 5 pares de itens correlacionados) *		ERAP-29 Modelo de 1ª ordem	2.8814	.0787	.8718	.8578	.8718
	Interpretação dos valores [23]	**Ajustamento**					
			Bom	Aceitável	Sofrível	Sofrível	Bom
		ERAP-29 Modelo de 2ª ordem	3.9263	.0695	.8967	.8855	.8469
	Interpretação dos valores [23]	**Ajustamento**					
			Sofrível	Aceitável	Bom	Sofrível	Sofrível

Nota. * Sem itens 1 e 2

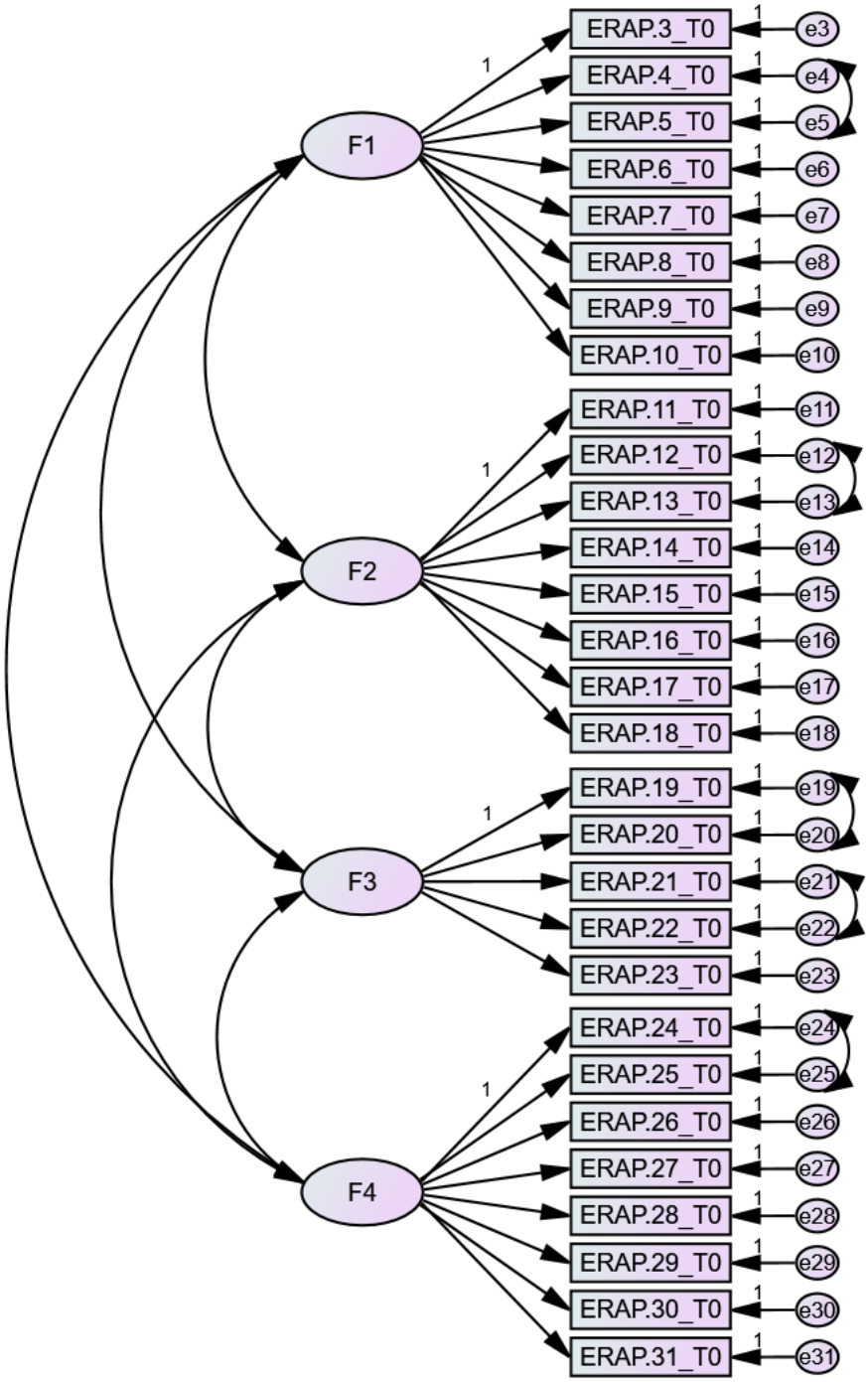

Figura 1. Análise fatorial confirmatória do modelo final de segunda ordem sem itens 1 e 2 e 5 pares de itens correlacionados. **F1**- Preocupação excessiva / Medos específicos; **F2-**Perfeccionismo / Controlo / Trauma; **F3- A**nsiedade Social; **F4**- Ansiedade aguda e ajustamento.

FIDELIDADE

Consistência interna da ERAP (29 itens)

A Tabela IV (IVa e IVb) apresenta o alfa de *Cronbach* de cada item se o item for excluído e a correlação item-total corrigida. Verificou-se que todos os 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 .837 (**Ansiedade social**) e .890 (**Ansiedade aguda e ajustamento**). As dimensões **Preocupação excessiva / Medos específicos** e **Perfecionismo/controlo/trauma** também revelaram bons alfas de *Cronbach*, de .862 e .849, respetivamente.

Tabela IVa. Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido (N=606). Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item da dimensão e correlações item-total dimensional corrigido (N=606) – Itens 3–18.

	Correlação de item-total corrigido	Alfa de *Cronbach* excluindo o item	Correlação de item-total dimensional corrigido	Alfa de *Cronbach* excluindo o item da dimensão
Preocupação excessiva / Medos específicos				
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	.610	.947	.607	.847
4. Preocupar-me com muitas coisas	.652	.946	.674	.837
5. Preocupar-me com o futuro	.576	.947	.603	.846
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	.659	.946	.664	.841
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)	.542	.947	.539	.853
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	.723	.946	.684	.843
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	.741	.946	.698	.839
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	.544	.947	.533	.854
Perfeccionismo/ Controlo / Trauma				
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	.521	.948	.556	.834
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	.467	.949	.586	.832
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	.519	.948	.595	.832
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	.614	.947	.609	.830
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	.710	.946	.647	.826
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	.715	.946	.653	.824
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	.541	.948	.521	.840
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos	.718	.946	.613	.828

Tabela IVb. Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item e correlações item-total corrigido (N=606). Coeficientes alfa de *Cronbach* excluindo o item da dimensão e correlações item-total dimensional corrigido (N=606) – Itens 19–31.

	Correlação de item-total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item	Correlação de item-total dimensional corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item da dimensão
Ansiedade Social				
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	.611	.947	.633	.807
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	.627	.947	.680	.795
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	.613	.947	.710	.784
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	.621	.947	.722	.784
23. Evitar coisas que me preocupam	.556	.947	.493	.851
Ansiedade aguda e ajustamento				
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	.583	.947	.577	.885
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	.490	.948	.512	.890
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	.623	.947	.674	.876
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	.716	.946	.742	.869
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	.707	.946	.764	.866
29. Medo de perder o controlo	.662	.946	.648	.878
30. Sentir-me em pânico	.699	.946	.703	.874
31. Sentir-me agitada	.725	.945	.732	.870

Estabilidade temporal da ERAP (29 itens)

A Tabela V apresenta as correlações de Pearson entre as variáveis medidas na gravidez (Teste/T0) e no pós-parto (Reteste/T1) da ERAP-29, isto é, a estabilidade temporal das pontuações total e dimensionais. Todas as dimensões se correlacionaram significativamente, de forma positiva e de magnitude moderada nos dois momentos de avaliação.

Tabela V. Correlações teste (gravidez) – Reteste (pós-parto) das pontuações total e dimensionais da ERAP 29 (N=149).

	Correlação T0-T1
ERAP 29_Total	.499***
Preocupação excessiva / Medos específicos	.475***
Perfeccionismo/ Controlo / Trauma	.434***
Ansiedade Social	.525***
Ansiedade aguda e ajustamento	.419***

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

A Tabela VI 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-29 e suas dimensões. A única dimensão com diferença estatisticamente significativa foi a dimensão **Preocupação excessiva / Medos específicos**, sendo que no pós-parto as participantes apresentaram pontuações significativamente mais reduzidas do que na gravidez.

Tabela VI. Teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas (N=149).

		M	**DP**	**t (gl)**	**p**
ERAP 29_Total	T0	14.81	12.81	1.269	.207
	T1	13.46	12.99	(148)	
Preocupação excessiva / Medos específicos	T0	5.66	4.52	3.326	.001
	T1	4.43	4.26	(148)	
Perfeccionismo/ Controlo / Trauma	T0	5.04	4.46	- .155	.877
	T1	5.10	4.51	(148)	
Ansiedade Social	T0	1.76	2.28	-1.289	.199
	T1	2.00	2.53	(148)	
Ansiedade aguda e ajustamento	T0	2.35	3.44	- .129	.898
	T1	2,39	3.63	(148)	

Correlações entre as pontuações totais e dimensionais da ERAP (29 itens)

A Tabela VII 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 **Preocupação excessiva / Medos específicos** foi aquela que apresentou uma correlação significativa mais elevada (.909).

Relativamente às correlações entre as dimensões, pudemos constatar que todas se correlacionaram significativamente entre si. A correlação significativa de mais elevada magnitude (.759) verificou-se entre as dimensões **Preocupação excessiva / Medos específicos** e **Ansiedade aguda e ajustamento.** Também as dimensões **Perfeccionismo/ Controlo / Trauma** e a **Ansiedade Social** se correlacionaram com alta magnitude.

Tabela VII. Correlações de *Pearson* entre as dimensões e o total da ERAP (N=606).

	ERAP 29_ Total	**PE / ME**	**PCT**	**AS**	**AAA**
ERAP 29_Total	1				
PM / ME	.909**	1			
PCT	.888**	.745**	1		
AS	.817**	.632**	.627**	1	
AAA	.899**	.759**	.700**	.739**	1

Nota: * p < .01, ** p < .05, *** p < .001.

VALIDADE CONVERGENTE - DIVERGENTE

Na Tabela VIII apresentam-se as correlações entre a ERAP e as suas dimensões e as escalas utilizadas para as análises de validade convergente e divergente, POMS e PDSS.

A ERAP correlacionou-se positivamente, com moderada magnitude, com os estados de Depressão, Ansiedade e Fadiga da POMS e com elevada magnitude com a PDSS. No sentido negativo, correlacionou-se significativamente, com moderada magnitude com o Vigor (POMS).

Nas suas dimensões a ERAP também se correlacionou positiva e moderadamente com a Depressão (POMS), Ansiedade (POMS), Fadiga (POMS) e em alta magnitude com a PDSS. No sentido negativo, ainda assim com magnitude moderada, as dimensões correlacionaram-se com o Vigor (POMS).

Tabela VIII. Correlações de *Pearson* entre as dimensões da ERAP e as variáveis da POMS e entre as dimensões da ERAP e a PDSS.

	Depressão (POMS)	**Ansiedade (POMS)**	**Vigor (POMS)**	**Fadiga (POMS)**	**PDSS**
ERAP 29_Total	.508**	.511**	-.455**	.420**	.684**
PE / ME	.497**	.483**	-.458**	.440**	.661**
PCT	.393**	.449**	-.332**	.379**	.540**
AS	.396**	.389**	-.332**	.256**	.529**
AAA	.489**	.440**	-.439**	.352**	.654**

Nota: * p < .01, ** p < .05, *** p < .001.

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.

Começamos por distribuir as 251 mulheres grávidas das quais dispúnhamos de informação acerca do diagnóstico, por dois grupos: **Grupo 1** - Não afetadas, n= 238 (94.8%); **Grupo 2** - Com uma qualquer perturbação de ansiedade, n=13 (5.2%) – Tabela IX.

Comparámos os grupos quanto às medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão; mediana e amplitude interquartil) tanto para a pontuação total na ERAP-29, como nas pontuações dimensionais. Utilizamos o teste *U de Mann-Whitney* – Tabela IX.

Tabela IX. Comparação das pontuações total e dimensionais na ERAP 29 por grupos de diagnóstico.

	Grupo 1 M (DP); Md (AIQ) N= 238 (94.8%)	**Grupo 2** M (DP); Md (AIQ) N=13 (5.2%)	U	*p*
ERAP-29_Total	11.621 (11.3199); 8.000 (10.00)	47.000 (24.6779); 40.0000 (35.00)	269.000	<.001**
PE/ME	4.513 (3.7497); 4.0000 (4.00)	16.308 (7.0402); 16.0000 (13.00)	237.500	<.001**
PCT	3.797 (3.7088); 3.0000 (4.00)	13.154 (7.4369); 11.0000 (13.00)	363.000	<.001**
AS	1.539 (2.4207); 1.0000 (2.00)	7.154 (5.8573); 6.0000 (11.50)	552.000	<.001**
AAA	1.772 (3.0642); 1.0000 (2.00)	10.385 (6.9347); 8.0000 (12.00)	337.000	<.001**

Nota: **p<.001.

VALIDADE DA ERAP-29 PARA O RASTREIO DE ANSIEDADE NA GRAVIDEZ

Para testar a acuidade da ERAP-29 para o rastreio de ansiedade na gravidez, 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 .909 com um intervalo de confiança entre .867 e .942, para um nível de significância inferior a .001 (Figura 2).

Neste caso, o ponto de corte que potenciou o Yoden Index a .7705 foi o **28**, associado a uma sensibilidade de 84.62% e a uma especificidade de 92.44%. Na Tabela X discriminam-se os valores das probabilidades condicionais associados ao ponto de corte 28.

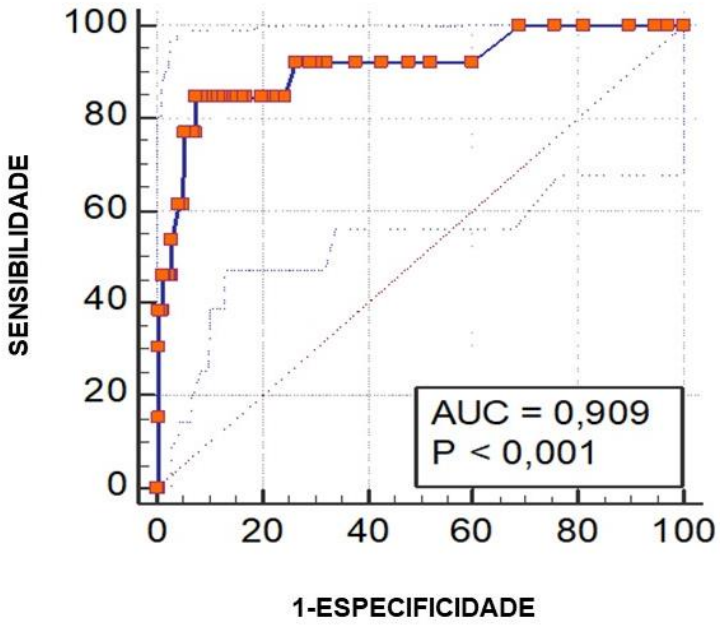

Figura 2. Curva ROC da ERAP

Tabela X. Pontos de corte e probabilidades condicionais da ERAP 29.

Características operativas	**ERAP-29**
Prevalência	5.2% (n=13/251)
Ponto de Corte	>28
Sensibilidade (IC 95%)	84.62% (54.6 - 98.1)
Especificidade (IC 95%)	92.44% (88.3 - 95.5)
Likelihood ratio Positivo	11.19
Likelihood ratio Negativo	.17
VPP	38.0
VPN	99.1

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

No âmbito do projeto “Rastreio, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários”, a decorrer no IPM da FMUC, este trabalho surgiu com o intuito de validar uma escala de rastreio de ansiedade na gravidez 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* [14].

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. Da análise descritiva, todos os valores se revelaram consistentes com o expectável, contudo é de salientar que os itens 1 (Preocupar-me com a gravidez/bebé) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé) da dimensão Preocupação excessiva/ Medos específicos são os que apresentam valores de mediana e *M*/ item mais elevados, o que também é justificável pelo facto destes poderem ser considerados normativos na gravidez, ou seja, mesmo sem um quadro ansioso de base, é esperado que as mulheres se preocupem com a gravidez e com o bebé.

No teste da estrutura fatorial da ERAP através de análise fatorial confirmatória, o modelo inicial revelou maus índices de ajustamento, pelo que, seguindo os critérios psicométricos recomendados [23] foram eliminados os itens 1 (Preocupar-me com a gravidez/bebé) e 2 (Medo que algo de mal aconteça ao bebé) e correlacionados erros de forma a potenciar o ajustamento. O modelo final, de segunda ordem, apresentou índices de ajustamento aceitáveis e semelhantes aos do modelo de primeira ordem, o que revela que os itens são coerentes com a dimensão a que estão associados. Esta foi a primeira vez em que foi testada a ERAP através de AFC, pelo que este estudo é pioneiro a este nível.

Estabelecida a escala com 29 itens, a sua fidelidade foi avaliada pelo alfa de *Cronbach.* Nas dimensões, a consistência interna revelou valores bons, compreendidos entre .837 (ansiedade social) e .890 (ansiedade aguda e ajustamento). Comprovou-se que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna.

Relativamente às correlações entre as pontuações total e dimensionais da ERAP-29, todas foram significativas e elevadas, sendo que a dimensão Preocupação excessiva / Medos específicos foi a que resultou num coeficiente mais elevado (.909), o que faz sentido, uma vez que nesta fase da vida da mulher as preocupações inerentes à gravidez fazem com que exibam maiores níveis de ansiedade.

No que diz respeito às correlações entre as dimensões da ERAP, a mais elevada e de alta magnitude (.759) verificou-se entre as dimensões Preocupação excessiva / Medos específicos e Ansiedade aguda e Ajustamento, o que poderá dever-se a reações de

ajustamento perante situações de stresse ou a traços de personalidade. Já as dimensões que se correlacionaram de um modo menos significativo, contudo com alta magnitude, foram o Perfeccionismo/ Controlo / Trauma e a Ansiedade Social, como seria de prever, dado avaliarem construtos teoricamente mais afastados.

Uma vez que esta escala avalia sintomas que podem estar presentes quer na gravidez, quer no pós-parto utilizou-se a estabilidade temporal, como parâmetro de fidelidade. Todas as dimensões se correlacionaram significativamente, de forma positiva e com magnitude moderada nos dois momentos de avaliação. No teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas, todas as pontuações entre o teste (gravidez) e o reteste (pós parto) não se revelaram significativamente diferentes, à exceção da primeira dimensão da ERAP (Preocupação excessiva/ Medos específicos). Nesta, as participantes apresentaram pontuações mais elevadas no pós-parto, o que é justificável pelo facto das preocupações aumentarem com o nascimento do bebé, a necessidade de lhe prestar cuidados e de adaptação às novas exigências e rotinas familiares [24].

No estudo da validade convergente – divergente da ERAP com a PDSS, as dimensões da ERAP correlacionaram-se sempre com alta magnitude com a PDSS, algo condizente com estudos anteriores, que apontaram que a ansiedade e a depressão apresentam elevada comorbilidade na gravidez [13]. Já na correlação da ERAP com a POMS apenas a dimensão Vigor da POMS se correlacionou negativamente com a ERAP, o que também coincide com a hipótese de base já que a vivência dos sintomas de ansiedade tende o estado de ânimo e os níveis de energia.

Outro aspeto fundamental deste estudo foi o estudo da validade concorrente usando como critério o diagnóstico. Para isso uma parte da amostra foi entrevistada, de modo a identificarmos de forma válida, as mulheres com e sem diagnóstico de perturbação de ansiedade, e usou-se o teste U de *Mann-Whitney* para apreciar se estes dois grupos se distinguiam relativamente às pontuações na ERAP-29. Verificou-se que as mulheres com um diagnóstico de perturbação de ansiedade apresentam pontuações significativamente superiores em relação àquelas que não têm esse diagnóstico, na ordem de quatro a nove vezes superiores. Isto mostra, portanto, uma excelente validade de critério.

Por fim e de forma a tornar viável a utilização desta escala para o rastreio de perturbações de ansiedade na gravidez, foi testada a sua sensibilidade e especificidade através da análise de curvas ROC; foi selecionado o ponto de corte 28, que gerou sensibilidade de 84.62% e especificidade de 92.44 %. O valor preditivo positivo, de 38.0, justifica-se devido à baixa prevalência, já que este é influenciado negativamente por este parâmetro, ao contrário da sensibilidade e especificidade, que são características fixas do teste, depende da prevalência da doença [25,26]. Daí termos selecionado um ponto de corte e respetivas propriedades operativas ajustadas à prevalência. Note-se que o VPP define-se

como a probabilidade da mulher ter realmente a doença quando o resultado do teste é positivo (e o VPN é a probabilidade da mulher não estar realmente afetada quando o resultado do teste é negativo). Apesar de expectável, este resultado relativo ao VPP, exige a nossa melhor atenção, pois indica que a probabilidade de uma mulher identificada positivamente pela ERAP-29 ter realmente uma perturbação de ansiedade não é elevada. O inverso não se verifica, pois a percentagem do VPN é próxima de 100%.

O facto do VPP não ser muito favorável alerta para a possibilidade de falsos positivos. Este tópico não é, no entanto, linear, já que várias investigações têm convergido na conclusão de que os FP tendem a apresentar níveis elevados de psicopatologia e de sofrimento, que justificam que sejam identificados para que lhes possa ser oferecida ajuda [13].

Importa, ainda, referir que no último ano outros trabalhos têm sido desenvolvidos nesta área, nomeadamente em países asiáticos [27,28], no sentido de perceber o impacto da ansiedade na gravidez e no pós parto. Contudo estes estudos utilizaram a escala e as suas dimensões sem confirmarem a adequação do modelo de medida às suas amostras.

Relativamente às características operativas, os autores da versão do Bangladesh utilizaram simplesmente os pontos de corte sugeridos pelos autores da versão original, obtidos através do método de *Jacobson–Truax* (1991) [27]. Ao contrário dos autores da versão turca que também recorreram ao método mais recomendado, as curvas ROC, utilizando como entrevista diagnóstica a SCID-I *(Structured Clinical* Interview *for DSM-IV)* [28]. No entanto, obtiveram um ponto de corte muito inferior ao nosso, de 16, que, estranhamente, segundo os intervalos de valores propostos pelos autores da versão original cai na categoria considerada assintomática. Não obstante, os valores de sensibilidade, especificidade e valor preditivo reportados são aceitáveis, muito próximos dos que obtivemos, pelo que podemos especular que tal diferença possa dever-se a diferenças culturais na manifestação da ansiedade entre países asiáticos e ocidentais [29].

Em suma, ao revelar uma matriz dimensional com ajustamento globalmente aceitável, esta adaptação da escala ERAP, composta por 29 itens, revelou propriedades psicométricas adequadas – boa fidelidade, validade de construto, convergente – divergente, pelo que este instrumento poderá ser bastante válido no rastreio da ansiedade na gravidez, quer para fins clínicos, quer de investigação.

AGRADECIMENTOS

A título de remate final resta-me agradecer a todos os que tornaram possível e contribuíram, de alguma forma, para este trabalho.

Ao Professor Doutor António Macedo agradeço a oportunidade de ingressar no projeto no qual este estudo se inseriu. À Doutora Ana Telma Pereira, toda a dedicação, preocupação e ajuda ao longo destes meses de trabalho. A todas as pessoas do Instituto de Psicologia Médica, em especial às Dras. Sandra Xavier e Sofia Meneses, pela recolha e informatização dos dados e à Dra. Cristiana Marques por todos os esclarecimentos na parte estatística.

Aos meus amigos e colegas de casa, obrigada por estarem comigo em qualquer circunstância nos momentos em que mais precisei.

Concluo com um agradecimento especial aos meus pais que sempre acreditaram no meu trabalho e me permitiram chegar até aqui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, Milgrom, J. Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018; 18022.
2. Dennis CL, Brown HK, Falah-Hassani K, et al. Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *Journal of Affective Disorders.* 2017; *213*: 131-137.
3. Austin MP, Fisher J, Reilly N. Psychosocial assessment and integrated perinatal care In J Milgrom, AW Gemmill (Eds.). *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management*. John Wiley & Sons. 2015;121-138.
4. Bennett I, Switzer J, Aguirre A, Evans K, Barg F. "Breaking it down": Patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy. *Annals of Family Medicine*. 2006; 4:334-340.
5. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry.* 2004;19(8):459-63 .
6. Ross L, Gilbert Evans S, Sellers E, Romach M. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health.* 2003; 6: 51-57.
7. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2016; *198*, 142-147.
8. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;1-13.
9. Boyce P, Condon J. Traumatic childbirth and the role of debriefing. In: B Raphael, Stress Debriefing: A critical appraisal of practice, evidence and clinical outcomes. *Cambridge University Press.* 2000.
10. Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M. , Pariante, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet.* 2014; 384(9956):1800–1819.
11. Hanley J. *Perinatal Mental Health - The effect on the family.* Wiley-Blackwel. United Kingdom**.** 2009.
12. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psych Serv.* 2004; 55(4):407-414.

13. Pereira AT, Marques M, Bos S, Soares MJ, Maia BR, Valente J, Nogueira V, Roque C, Macedo A. Rastreio da depressão e ansiedade no período perinatal. In, A. Macedo e A.T. Pereira (Coords.). *Saúde Mental Perinatal*. *Maternidade nem sempre rima com felicidade*. 2014. pp. 102-126.
14. Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, et al. The perinatal anxiety screening scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health.* 2014;17(5), 443-454.
15. Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Byrne SL, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *Journal of Affective Disorders*. 2015.
16. Pereira AT, Marques C, Xavier S, Azevedo J, Soares MJ, Bento E, Marques M, Nogueira V, Macedo A. Prevalence and incidence of postpartum Major Depression (DSM-5) in Portuguese women. In, *Postpartum Depression: Prevalence, Risk Factors and Outcomes*. Gary Anderson (Ed). Nova Science Publishers. New York, USA. 2017 .ISBN 978-1-53610-788-3.
17. Xavier S, Bento E, Azevedo A, Marques M, Freitas V, Soares MJ, Macedo A, Pereira AT. Diagnostic Interview for Psychological Distress: Description and Experts' Panel Evaluation. *Poster apresentado na 2nd Biennial Perinatal Mental Health Conference; 4 a 6 de Novembro 2015; Chicago, USA.*
18. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, Nogueira V, Azevedo MH, Macedo A. Short forms of the postpartum depression screening scale: as accurate as the original form. *Archives of Women's Mental Health.* 2013;16(1):67-77. DOI: 10.1007/s00737-012-0319-6
19. Azevedo J., Xavier S., Marques C., Bento E., Marques M., Soares M.J., Mota D, Macedo A, Pereira A.T. Confirmatory factor analysis of the Perinatal Depression Screening Scale-24. *European Psychiatry*. 2017; Volume 41, Supplement: S361.
20. DiNardo P, Brown T, Barlow D. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version. Albany State University of New York. 1994.
21. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2016.
22. Cohen J. A power primer. Psychol Bull.1992; 112 (1): 155-9.
23. Marôco J. Análise estatística com SPSS Statistics. 6ª edição.
24. Meltzer-Brody S., Howard LM., Bergink V., Vigod S., Jones I et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nature reviews - Disease primers.* 2018;18022 doi:10.1038/nrdp.2018.22
25. Zou HK., Liu A., Bands AL., Machado LO. *Statistical Evaluation of Diagnostic Performance Topics in ROC Analysis*: CRC Press. 2011.
26. Krzanowski WJ., Hand DJ. *ROC Curves for Continuous Date*. CRC Press. 2009.

27. Yasmin F., Islam S. Adaptation of the Perinatal Anxiety Screening Scale in Bangladeshi Context. *Psychology & Psychological Research International Journal. 2*018; *ISSN: 2576-0319.*
28. Yazıcı E., Pek TM., Yuvacı HI., Köse E., Cevrioglu S., et al. Perinatal Anxiety Screening Scale validiy and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability), *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018; DOI: 10.1080/24750573.2018.1506247
29. Hinton DE., Park L., Hsia C., Hofmann S., Pollack MH. Anxiety Disorder Presentations in Asian Populations: A Review. *CNS Neuroscience & Therapeutics.* 2009*.* DOI: 10.1111/j.1755-5949.2009.00095

ANEXOS

Anexo I. *Abstract* submetido ao EPA 2019

Validity and reliability of the Perinatal Anxiety Screening Scale in a Portuguese sample of pregnant women

Ana Telma Pereira[1], Cassilda Pinto[2], Julieta Azevedo[1], Cristiana Marques1, Sandra Xavier[1], Maria João Soares[1], Mariana Marques[1,3,4], António Macedo[1,3]

[1]institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

[2] Faculty of Medicine, Coimbra University, Portugal

[3] Hospital and University Centre, Portugal

[4]Miguel Torga Higher Institute, Portugal

Introduction: Although distinguishing normal and pathologic anxiety is particularly difficult in the perinatal period, anxiety disorders affect approximately 10% of the women in this period. The evidence that perinatal anxiety leads to negative outcomes for family as a whole highlights the need for its early identification. To our knowledge there is only one instrument which items take into account this specific period, the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS; Somerville et al. 2014).

Objectives: To study the psychometric properties of the PASS Portuguese version, in pregnancy: factor structure using confirmatory factor analysis (CFA), internal consistency and correlations pattern with other psychological distress constructs.

Method: 350 women (Mean age: 32.18±5.246) in the second trimester of pregnancy (Mean weeks of gestation=17.13±4.929) completed the PASS, the Perinatal Depression Screening Scale (PDSS-24) and the Profile of Mood States (POMS-27). SPSS and AMOS software were used.

Results: After deleting two items (1 and 2) and some errors were correlated, CFA indicated a good fit for the second-order factor (X^2/df=2.302; *CFI*=0.913; *GFI*=0.864, *RMSEA*=0.061; *p[rmsea*≤0.01]<0.001). The Cronbach alpha for the PASS 29 items version was α=0.937, and for the four dimensions, the alphas were all α>0.790. PASS total and dimensional scores were moderately to highly correlated with perinatal depressive symptoms and with both negative affect dimensions (Depression, Anxiety).

Conclusions: The PASS Portuguese version has good construct and convergent validity and reliability. In the near future we will determine the PASS cut-offs with the best combination of sensitivity and specificity to screen for anxiety disorders in pregnancy and postpartum.

Anexo II. 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 III. 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.

0	1	2	3	4
De maneira nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo

1. Esgotada	0	1	2	3	4
2. Animada	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. Com a neura	0	1	2	3	4
7. Simpática	0	1	2	3	4
8. Resmungona	0	1	2	3	4
9. Fatigada	0	1	2	3	4
10. Chateada	0	1	2	3	4
11. Desanimada	0	1	2	3	4
12. Ressentida	0	1	2	3	4
13. Desgraçada	0	1	2	3	4
14. Desnorteada	0	1	2	3	4
15. Alegre	0	1	2	3	4
16. Amargurada	0	1	2	3	4
17. Exausta	0	1	2	3	4
18. Desesperada	0	1	2	3	4
19. Revoltosa	0	1	2	3	4
20. Desamparada	0	1	2	3	4
21. Desiludida	0	1	2	3	4
22. Furiosa	0	1	2	3	4
23. Segura de si	0	1	2	3	4
24. Cheia de vida	0	1	2	3	4
25. Mau-humor	0	1	2	3	4
26. Culpada	0	1	2	3	4
27. Desorientada	0	1	2	3	4

ERDP: A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mulheres grávidas podem ter **ANTES DO NASCIMENTO** do seu bebé. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda com cada afirmação. Ao completar o questionário coloque um **círculo** na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**. **Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.**

NO ÚLTIMO MÊS, EU…

1. tive dificuldades em dormir.	1	2	3	4	5
2. senti-me completamente sozinha.	1	2	3	4	5
3. não consegui concentrar-me em nada.	1	2	3	4	5
4. senti-me um fracasso.	1	2	3	4	5
5. comecei a pensar que estaria melhor morta.	1	2	3	4	5
6. perdi o apetite.	1	2	3	4	5
7. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).	1	2	3	4	5
8. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
9. senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
10. senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria.	1	2	3	4	5
11. senti que as outras grávidas eram melhores do que eu.	1	2	3	4	5
12. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
13. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
14. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
15. senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu futuro bebé.	1	2	3	4	5
16. quis fazer mal a mim própria.	1	2	3	4	5
17. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
18. tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
19. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
20. senti que o meu futuro bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
21. sabia que devia comer mas não consegui.	1	2	3	4	5
22. senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro.	1	2	3	4	5
23. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
24. 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 a gravidez/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, o parto, da dor, 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, sonos 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 afecta 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

DIPD-G

VERSÃO PORTUGUESA PARA GRAVIDEZ *DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR PSYCHOLOGICAL DISTRESS (DSM-5)*

Entrevista diagnóstica para perturbação depressiva *major* e comportamento suicidário (DSM-5) - Gravidez

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 problemas psicológicos que requerem uma resposta tipo sim ou não.

FORMATO GERAL:
A *Entrevista Diagnóstica para a Perturbação Depressiva Major (DSM-5)* 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 estandardizar 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 IV. Frequência das respostas aos itens da ERAP (31 Itens).

	Frequência das respostas			
	0 *n*(%)	**1** *n* (%)	**2** *n* (%)	**3** *n* (%)
1. Preocupar-me com a gravidez/bebé	5 (0.8)	107 (17.7)	201 (33.2)	293 (48.3)
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	24 (4.0)	160 (26.4)	195 (32.2)	227 (37.5)
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	348 (57.4)	142 (23.4)	68 (11.2)	48 (7.9)
4. Preocupar-me com muitas coisas	112 (18.5)	276 (45.5)	134 (22.1)	84 (13.9)
5. Preocupar-me com o futuro	75 (12.4)	253 (41.7)	181 (29.9)	97 (16.0)
6. Sentir-me assoberbada/ esmagada	469 (77.4)	97 (16.0)	24 (4.0)	16 (2.6)
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, o parto, da dor, etc...)	377 (62.2)	157 (25.9)	44 (7.3)	28 (4.6)
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	508 (83.8)	74 (12.2)	14 (2.3)	10 (1.7)
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	498 (82.2)	69 (11.4)	28 (4.6)	11 (1.8)
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	309 (51.0)	211 (34.8)	55 (9.1)	31 (5.1)
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	387 (63.9)	162 (26.7)	44 (7.3)	13 (2.1)
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	184 (30.4)	246 (40.6)	117 (19.3)	59 (9.7)
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	169 (27.9)	269 (44.4)	113 (18.6)	55 (9.1)
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	463 (76.4)	109 (18.0)	24 (4.0)	10 (1.7)
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	443 (73.1)	130 (21.5)	22 (3.6)	11 (1.8)
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	440 (72.6)	122 (20.1)	26 (4.3)	18 (3.0)
17. Estar em alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	263 (43.4)	239 (39.4)	69 (11.4)	35 (5.8)
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos	446 (73.6)	104 (17.2)	36 (5.9)	20 (3.3)

	Frequência das respostas			
	0 ***n*(%)**	**1** ***n* (%)**	**2** ***n* (%)**	**3** ***n* (%)**
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	460 (75.9)	111 (18.3)	25 (4.1)	10 (1.7)
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	460 (75.9)	116 (19.1)	21 (3.5)	9 (1.5)
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	477 (78.7)	91 (15.0)	12 (2.0)	26 (4.3)
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	493 (81.4)	87 (14.4)	11 (1.8)	15 (2.5)
23. Evitar coisas que me preocupam	294 (48.5)	248 (40.9)	44 (7.3)	20 (3.3)
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	544 (89.8)	42 (6.9)	11 (1.8)	9 (1.5)
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	546 (90.1)	47 (7.8)	6 (1.0)	7 (1.2)
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	475 (78.4)	109 (18.0)	15 (2.5)	7 (1.2)
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	401 (66.2)	156 (25.7)	31 (5.1)	18 (3.0)
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	453 (74.8)	120 (19.8)	22 (3.6)	11 (1.8)
29. Medo de perder o controlo	444 (73.3)	121 (20.0)	31 (5.1)	10 (1.7)
30. Sentir-me em pânico	512 (84.5)	71 (11.7)	17 (2.8)	6 (1.0)
31. Sentir-me agitada	355 (58.6)	195 (32.2)	41 (6.8)	15 (2.5)