

Instrumento de rastreio para sintomas de ansiedade gestacional – IRSAG

Screening instrument for gestational anxiety SYMPTOMS - IRSAG

DOI:10.34119/bjhrv4n4-198

Recebimento dos originais: 04/07/2021

Aceitação para publicação: 01/08/2021

Rafaela de Almeida Schiavo

Formação acadêmica mais alta: Pós-doutorado

Instituição de atuação atual: Instituto MaterOnline

Endereço completo: Rua Jorge Ayub, n.345, Recanto dos Nobres – Agudos, SP CEP
17125-002

E-mail: rafaela.schiavo@materonline.com.br

Mayra Yara Martins Brancaglion

Formação acadêmica mais alta: Doutorado

Instituição de atuação atual: Centro Universitário UNA

Endereço completo: Rua Arapé, 360 apto 101. Bairro União. Belo Horizonte, MG. Cep
31170550

E-mail: mayrayara@gmail.com

RESUMO

Sintomas de ansiedade durante o período gestacional é muito comum, no entanto, a alta ansiedade pode desencadear desfechos negativos para a saúde materna infantil. No Brasil, há escassez de instrumentos para medir ansiedade especificamente em gestantes. O objetivo deste estudo foi o de construir e validar um Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional. Participaram deste estudo 791 gestantes Brasileiras de todos os trimestres gestacional. Todas responderam a um questionário sociodemográfico e o IRSAG. A coleta de dados aconteceu via online por meio de convite nas redes sociais. Todas que concordaram em participar da pesquisa receberam o termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE 22701219.8.0000.5512. Para análise de confiabilidade foi usado o teste estatístico Alfa de Cronbach. Os resultados indicaram que O teste Alfa de Cronbach demonstrou consistência interna de 0,93 indicando uma confiabilidade quase perfeita. Conclusão: O Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional, tem uma excelente confiabilidade para aplicação em gestantes Brasileiras.

Palavras-chave: Ansiedade, Rastreio, Gestação, Psicologia Perinatal

ABSTRACT

Anxiety symptoms during the gestational period is very common, however, high anxiety can trigger negative outcomes for maternal child health. In Brazil, there is a scarcity of instruments to measure anxiety specifically in pregnant women. The aim of this study was to construct and validate a Screening Instrument for Gestational Anxiety Symptoms. A total of 791 Brazilian pregnant women from all gestational trimesters participated in this study. All of them answered a sociodemographic questionnaire and the IRSAG. The

data collection took place online by means of an invitation in the social networks. All who agreed to participate in the research received an informed consent form. This study was approved by the Research Ethics Committee CAAE 22701219.8.0000.5512. Cronbach's Alpha statistical test was used for reliability analysis. The results indicated that Cronbach's Alpha test showed an internal consistency of 0.93 indicating almost perfect reliability. Conclusion: The Screening Instrument for Gestational Anxiety Symptoms has excellent reliability for application in Brazilian pregnant women.

Keywords: Anxiety, Screening, Pregnancy, Perinatal Psychology

1 INTRODUÇÃO

Evolutivamente, a ansiedade é uma emoção natural que ocorre quando antecipamos uma ameaça futura. Um quadro de ansiedade intensa tende a causar sofrimento significativo e apresenta impacto negativo na qualidade de vida, sendo caracterizado como transtorno de ansiedade, que está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na população geral (CANTILINO e ZAMBALDI, 2020).

A gravidez é considerada um período de maior vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos, sendo a ansiedade um dos distúrbios mais impactantes nesse período. Instrumentos para avaliar sintomas de ansiedade exclusivamente no período gestacional são escassos no Brasil. No entanto, a prevalência de gestantes com alta ansiedade é bastante significativa, de acordo com alguns estudos (SCHIAVO, RODRIGUES E PEROSA, 2018; FAISAL-CURY e MENEZES, 2007) mais de 30% das grávidas desenvolve um quadro ansioso e em período de pandemia COVID-19, essa porcentagem aumentou ainda mais (SCHIAVO e BARBOSA, 2020).

Sintomas de ansiedade na gestação são comuns e alta ansiedade no período gestacional pode conduzir prejuízos para a saúde materno infantil. A ansiedade é uma das alterações psicológicas mais comuns na gravidez (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; FAISAL-CURY et al., 2010; SCHIAVO, 2016), com índices superiores aos do puerpério (BREITKOPF et al., 2006; SCHIAVO, 2018).

Dentre os prejuízos envolvendo a mulher, pesquisas indicam que a alta ansiedade quando não identificada no período gestacional, pode levar à cronificação dos sintomas no pós-parto, sendo necessária atenção especial dos profissionais às gestantes que apresentam elevados escores de ansiedade (ALDER et al., 2007; BENER, 2013; BROUWERS; VAN BAAR, 2001; BUSS et al., 2010; COELHO et al., 2011; CONDE;

FIGUEIREDO, 2003; FAISAL-CURY et al., 2010; KURKI et al., 2000; ROSS et al., 2003; O'CONNOR, 2003).

Altos níveis de ansiedade na gestação podem resultar em complicações obstétricas, como o nascimento prematuro e baixo peso do bebê (ALDER et al., 2007; BENER, 2013; CONDE; FIGUEIREDO, 2003), pré-eclâmpsia e mecônio no líquido amniótico (KURKI et al., 2000) maior atividade motora no feto (VAN DEN BERGH et al., 2005), depressão no período gestacional (ROSS et al., 2003; SCHIAVO, 2011), além de ser indicativo para ansiedade e depressão puerperal (BROUWERS; VAN BAAR, 2001; COELHO et al., 2011; FAISAL-CURY et al., 2010; O'CONNOR, 2003; SCHIAVO, 2011). Considerando os prejuízos que a ansiedade pode causar na criança, dados indicam que fetos, filhos de gestantes com alta ansiedade, apresentam maiores chances de risco de nascimento prematuro e baixo peso (ALDER et al., 2007; BENER, 2013; CONDE; FIGUEIREDO, 2003), o que pode levar à uma série de prejuízos ao desenvolvimento infantil (BANSIL et al., 2010; ENGLE, 2009; FRIZZO; PICCININI, 2005; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003).

Alguns trabalhos concluem ainda que a ansiedade gestacional oferece consequências negativas para o crescimento e desenvolvimento infantil (BROUWERS; VAN BAAR, 2001; O'CONNOR, 2003; BUSS et al., 2010; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; SCHIAVO, 2016). Está associada a menor tempo de aleitamento materno exclusivo (ADEDINSEWO et al., 2014). Há fortes indícios que sintomas de ansiedade são considerados fatores de risco para o desenvolvimento infantil, especialmente quando se trata de estado crônico (SCHIAVO, 2016; BROUWERS; VAN BAAR, 2001; O'CONNOR, 2003; BUSS et al., 2010; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013).

Sobre a díade mãe e bebê, os efeitos desses sintomas ansiosos acabam mediando a relação da mãe com a criança, o tipo de interação e o modo como cuidam dos filhos que, em última análise, têm repercussões adversas no seu desenvolvimento (SCHIAVO e PEROSA, 2020).

Mulheres com altos níveis de ansiedade, em geral, são mães com baixa responsividade e sensibilidade, maior rejeição e intrusividade e, inclusive, diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança (FELDMAN et al., 2009). Possivelmente, essas mães recorrem a práticas educativas que podem prejudicar o desenvolvimento infantil, especialmente em contextos de risco, como frente a adversidades econômicas e baixos níveis de educação materna (FRIZZO; PICCININI, 2005; KIKKERT;

MIDDELBURG; HADDERS-ALGRA, 2010; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; NEELDMAN et al., 2000; PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003).

Dentre os fatores de risco para esse quadro, os hormônios sexuais parecem ser os grandes responsáveis pela vulnerabilidade das mulheres aos transtornos de ansiedade. Li e Graham (2016) determinaram que os hormônios sexuais interferem na suscetibilidade à ansiedade por meio da regulação negativa dos sistemas neuroendócrinos de regulação do estresse e facilitando a continuação da ansiedade após ela ser estabelecida (CANTILINO e ZAMBINI, 2020). Diante de situações de estresse, as mulheres apresentam uma resposta do eixo HPA, que regula as respostas de luta e fuga, mais rápida e intensa, sendo esse um dos mecanismos básicos da ansiedade (GOEL et. al, 2014).

Os estudos de investigação de ansiedade no período gestacional conduzidos dentro e fora do Brasil em sua maioria foram realizados utilizando-se do Inventário de Ansiedade Traço/Estado-IDATE (GUNNING et al., 2010; BROUWERS; VAN BAAR, 2001; FAISAL-CURY et al., 2010; O'CONNOR, 2003; SCHIAVO; RODRIGUES; PESOSA, 2018; ARAÚJO, et al., 2008; SEVERO; SANTOS; PEREIRA, 2017).

Um estudo realizado por Gunning et al., (2010) indicou que o uso deste instrumento reflete as experiências relacionadas à ansiedade em gestantes, sendo apropriado o seu uso nesse grupo. Da mesma forma, Schiavo; Rodrigues e Perosa (2018) encontraram um Alfa de Cronbach de 0,67 para ansiedade estado e 0,63 para ansiedade traço indicando que os índices de consistência para a versão em português do IDATE aplicado em gestantes, tem validade de moderada a boa.

Apesar do uso do IDATE parecer ser adequado para medir ansiedade em gestantes, esse instrumento é de uso privativo do Psicólogo no Brasil e encontra-se desfavorável, de acordo com a SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos), inviabilizando que psicólogos possam utilizar esse instrumento, exceto para fins de pesquisa.

Dessa forma, para auxiliar o profissional que atua com grávidas, é que se pensou na construção e validação de um instrumento que possa auxiliar no rastreamento dos sintomas de ansiedade em gestantes. Para tal, optou-se por construir um Instrumento adaptado do IDATE. Para a construção da Escala de Ansiedade Gestacional, procurou-se adaptar doze perguntas do IDATE apenas ao que se refere à Escala de Ansiedade Estado, não utilizando a Escala de Ansiedade Traço, duas questões do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL) e três questões da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgh (EPDS).

Portanto, o objetivo desse trabalho foi construir e validar um Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional, por meio da testagem de gestantes, em qualquer período de gravidez, em de todas as regiões do Brasil.

2 METODOLOGIA

A ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

Para a construção do Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), foi necessário modificar e adaptar a Escala de Ansiedade Traço/Estado (IDATE), utilizada como base do novo instrumento, adicionando também questões adaptadas dos instrumentos Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgh (EPDS) como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Adaptação das questões do IDATE/Estado, ISSL e EPDS para Construção da Escala de Ansiedade Gestacional.

Questões originais em cada Instrumento	Questões na Escala de Ansiedade Gestacional
Sinto-me calmo(a) (IDATE)	Estou preocupada em relação à minha gestação
Sinto-me seguro(a) (IDATE)	Insegurança define o que sinto agora
Estou tenso(a) (IDATE)	Estou tensa com essa gravidez
Estou arrependido(a) (IDATE)	Estou arrependida de ter engravidado
Sinto-me à vontade (IDATE)	Não me sinto grávida e nem me conecto com o bebê
Sinto-me perturbado(a) (IDATE)	Sinto-me perturbada com essa gravidez
Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios (IDATE)	Estou preocupada com possíveis incômodos
Sinto-me descansado(a) (IDATE)	Sinto-me cansada
Sinto-me ansioso(a) (IDATE)	Sinto-me ansiosa
	Sinto que algo ruim pode acontecer a qualquer hora
	Sinto que não serei uma boa mãe
Sinto-me nervoso(a) (IDATE)	Sinto-me nervosa com essa situação de estar grávida
Estou agitado(a) (IDATE)	Estou agitada
Pensar Constantemente em um só assunto (ISSL)	Tenho pensamentos repetitivos sobre o mesmo assunto
Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas (EPDS)	Sinto-me culpada
Eu tenho sentido triste ou arrasada (EPDS)	Sinto-me triste
Estou preocupado(a) (IDATE)	Estou preocupada com o futuro
Pesadelos (ISSL)	Tenho pesadelos
Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo (EPDS)	Tenho medo
	Sinto-me sozinha/desamparada

Fonte: autores

O Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG) é um instrumento de autoaplicação para gestantes em todas as idades, composto por uma

escala que objetiva avaliar ansiedade gestacional em qualquer trimestre da gravidez. A partir de vinte itens, a gestante deve avaliar a si mesma, em uma escala de quatro pontos.

A tabulação dos dados obtidos na Escala de Ansiedade Gestacional é obtida por meio dos itens assinalados na folha de resposta do instrumento. A amplitude de escores possíveis para a Escala varia de um mínimo de 20 a um máximo de 80 pontos. As respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de até quatro pontos, onde 1 significa resposta **Não**, 2 significa resposta **Pouco**, 3 significa resposta **Bastante** e 4 significa resposta **Muito**. As gestantes respondem cada item do instrumento, circulando o número apropriado (1, 2, 3 ou 4) de cada afirmação na folha de respostas.

PARTICIPANTES

Para validar o Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), foram convidadas a responder voluntariamente o instrumento 791 gestantes Brasileiras de todas as regiões do Brasil. Os dados foram coletados via internet (Facebook, Instagram, Whatsapp e E-mail).

As participantes antes de responderem ao Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), respondiam uma Entrevista Inicial para coleta de dados sociodemográficos (idade, paridade, mês gestacional, estado civil, escolaridade, cidade, estado, renda familiar) e em seguida a IRSAG.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Todo o procedimento de coleta de dados aconteceu via online, desde o recrutamento, entrega do termo de consentimento e resposta à IRSAG.

Instrumentos que possam ser aplicados via online por profissionais se fazem muito importantes, visto que vivemos um momento de Pandemia devido ao COVID-19 em que o isolamento social foi altamente recomendado e profissionais sentiram as dificuldades de não ter recursos validados para aplicação online, visto que a maioria dos instrumentos foram elaborados para aplicação presencial. Instrumentos aplicados pela internet também possibilitam atendimentos à distância, nos quais o profissional pode estar em um município e o paciente em qualquer lugar do mundo.

As participantes responderam ao instrumento após a leitura e concordância, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi enviado junto com o instrumento usando o Google Forms. As participantes responderam a escala completa, não podendo deixar nenhum item sem resposta.

As gestantes foram convidadas por psicólogo perinatais, a responder ao Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), o convite aconteceu por meio de Whatsapp, Facebook, Instagram e E-mail. Vários estudos já estão sendo conduzidos dessa forma, para um alcance maior de amostra (WACHELKE et al., 2014).

Foi aplicado o método “Bola de Neve” que consiste em obter uma amostra não probabilística na qual os indivíduos selecionados para pesquisa convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos, formando a ideia de bola de neve, a amostra vai crescendo à medida que os sujeitos da pesquisa indicam novos participantes (VINUTO, 2014).

Aquelas que aceitaram participar da pesquisa, a psicóloga colaboradora enviava o documento de forma online para que fossem respondidas as questões sociodemográficas e ao Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG).

Após a gestante responder os questionários (sociodemográficos e o IRSAG), era solicitado que ela informasse se teve dificuldade em compreender alguma das 20 questões do Instrumento. Era apresentado as 20 questões novamente e solicitado que ela marcasse apenas aquelas questões que ela teve dificuldade em compreender. Após passado essa etapa, a participante era orientada que caso ela tenha se sentido desconfortável com alguma questão do instrumento, ela poderia enviar um e-mail para atendimento psicológico@materonline.com.br informando que gostaria de um atendimento psicológico. Dez Psicólogas Perinatais cadastradas no e-psi com CRP ativo de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 11/2018, foram treinadas e estavam à disposição para oferecer acolhimento gratuito caso alguma gestante solicitasse.

Para esse estudo adotou-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: Gestantes em qualquer trimestre gestacional; Gestantes com acesso à internet e que possuam e-mail; Gestantes Brasileiras.

Exclusão: Mulheres no pós-parto; Gestantes não Brasileiras; Menores de 18 anos.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista CAAE 22701219.8.0000.5512 em 2020.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados com o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0; Chicago INc II, USA). Os dados sociodemográficos foram usados para categorização da amostra.

As respostas das participantes ao Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), passaram por análise estatística descritiva (média e desvio padrão). Para identificar o ponto de corte do instrumento foi necessário identificar os quartis. Até o quartil 25 foi considerado baixa ansiedade, quartil 50 ansiedade moderada, quartil 75 foi considerado alta ansiedade.

Para analisar a confiabilidade da escala foi utilizado o teste Alfa de Cronbach.

A correção do instrumento se deu a partir dos escores brutos e identificando a qual quartil ele pertence. Como indicativo de sintomas de Alta Ansiedade, foi utilizado o critério de pontuações igual ou acima do quartil 75.

3 RESULTADOS

As participantes tinham idade mínima de 18 anos e a máxima de 51 anos, a média da idade das participantes foi de 30 anos.

Nota-se na Tabela 1 que o IRSAG foi respondido por gestantes de todas as regiões do país, com maior participação das regiões Sul e Sudeste do Brasil, por serem regiões com maior número de psicólogas perinatais envolvidas com a pesquisa.

Participaram gestantes de todos os trimestres, com uma maior prevalência gestante no terceiro trimestre (47%). Aproximadamente metade das participantes (55%) estavam grávidas pela primeira vez. A escolaridade da maioria era equivalente a pelo menos o Ensino Médio Completo (83%), viviam com o(a) parceiro(a) (85%) e metade (50%) viviam com uma renda de até R\$ 4.180,00 reais.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=791)

Variáveis	Freq.	Porcentagem
Regiões do Brasil		
Região Norte	24	3 %
Região Nordeste	106	13%
Região Centro Oeste	53	7%
Região Sudeste	409	52%
Região Sul	199	25%
Trimestre Gestacional		
Primeiro	150	19%
Segundo	273	34%
Terceiro	368	47%
Paridade		
Primigesta	436	55%
Multigesta	355	45%
Escolaridade		
Até 12 anos	134	17%
Igual ou acima de 13 anos	657	83%
Condição Marital		
Vive com parceiro(a)	675	85%
Não vive com parceiro(a)	115	15%
Renda Familiar (com base no salário mínimo de 1.045 reais)		
Até R\$4.180 reais (4 salários)	394	50 %
Acima de 4.200 reais	397	50%

Fonte: autores

Observa-se na Tabela 2 que a pontuação mínima obtida pelas participantes do estudo foi de 20 pontos, esta também é a pontuação mínima real do instrumento. A pontuação máxima foi de 74 pontos e a pontuação máxima real no instrumento pode chegar a 80 pontos. Em média as participantes fizeram 35 pontos com desvio padrão 11 e a pontuação que mais se repetiu entre as participantes deste estudo foi de 28 pontos.

Tabela 2. Análise descritiva dos escores do Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG)

Pontuação Mínima	20
Pontuação Máxima	74
Pontuação Média	35
Desvio Padrão	11
Moda	28

Fonte: autores

A Tabela 3 demonstra a interpretação dos escores brutos obtido da aplicação do IRSAG, na qual escores brutos entre 20 a 31 correspondem ao percentil 25 indicando baixa ansiedade, escores brutos entre 32 a 40 correspondem ao percentil 50 indicando ansiedade moderada ansiedade e escores brutos acima de 41 correspondem ao percentil 75 indicando alta ansiedade.

A Tabela 3 apresenta percentis e escore bruto do Instrumento de Rastreio para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG)

Tabela 3. Percentis e escore bruto do IRSAG

Percentis	Escores Brutos
100	74
99,9	72
99,7	70
99,5	68
99,0	67
98,7	65
98,2	64
97,9	63
97,7	61
97,3	60
96,7	59
96,3	58
95,8	57
95,1	56
94,7	55
93,7	54
92,8	53
92,0	52
91,0	51
89,6	50
88,5	49
86,3	48
85,8	47
84,7	46
83,6	45
81,2	44
79,6	43
78,3	42
76,1	41
74,1	40
72,8	39
71,3	38
68,8	37
65,9	36
63,3	35
59,3	34
55,8	33
52,5	32
48,0	31
44,5	30
39,2	29
33,6	28
27,7	27
22,4	26
17,2	25
12,0	24
9,4	23
4,6	22
1,8	21
1,1	20

Fonte: autores

Nota-se na Tabela 4 que o IRSAG é um instrumento de alta confiabilidade. O teste Alfa de Cronbach demonstrou consistência interna de 0,93 indicando uma confiabilidade quase perfeita.

Tabela 4. Confiabilidade do Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG)

Questões da Escala	Alfa de Cronbach
1- Estou preocupada em relação à minha gestação	0,926
2- Insegurança define o que sinto agora	0,925
3- Estou tensa com essa gravidez	0,924
4- Estou arrependida de ter engravidado	0,930
5- Não me sinto grávida e nem me conecto com o bebê	0,932
6- Sinto-me perturbada com essa gravidez	0,928
7- Estou preocupada com possíveis incômodos	0,929
8- Sinto-me cansada	0,930
9- Sinto-me ansiosa	0,926
10- Sinto que algo ruim pode acontecer a qualquer hora	0,926
11- Sinto que não serei uma boa mãe	0,928
12- Sinto-me nervosa com essa situação de estar grávida	0,924
13- Estou agitada	0,927
14- Tenho pensamentos repetitivos sobre o mesmo assunto	0,925
15- Sinto-me culpada	0,926
16- Sinto-me triste	0,925
17- Estou preocupada com o futuro	0,924
18- Tenho pesadelos	0,929
19- Tenho medo	0,923
20- Sinto-me sozinha/desamparada	0,927
Total de questões	0,930

Fonte: autores

Foi perguntado às participantes se elas haviam encontrado dificuldades em compreender alguma das 20 questões do questionário e 94% responderam que não. Das 52 que responderam ter encontrado alguma dificuldade na compreensão, 27 (31%) marcaram a questão “Não me sinto grávida e nem me conecto com o bebê”.

Como a maioria das participantes não encontraram dificuldades na compreensão das questões, nenhuma alteração no instrumento foi realizada.

4 DISCUSSÃO

A população estudada para a construção e validação do Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), corresponde a maioria das mulheres em idade reprodutiva no Brasil de 18 a 50 anos. O IRSAG foi respondido por gestantes de todas as regiões do país, e como já era esperado, houve uma participação maior das

regiões Sul e Sudeste do Brasil, por serem regiões onde concentramos mais psicólogos perinatais colaboradores com a pesquisa.

Apesar do IRSAG ter sido aplicada em gestantes de todo os trimestres, houve uma maior participação de gestantes no terceiro trimestre. Silva e colaboradores (2017) avaliaram a prevalência da ansiedade na gravidez e encontraram que a idade gestacional não apresenta associação significativa com a ansiedade, contudo ela foi mais prevalente justamente no último trimestre da gravidez, o mesmo resultado foi encontrado no presente estudo. Os achados dos pesquisadores brasileiros foram semelhantes aos encontrados por outros pesquisadores em estudos realizados na Itália (Giardinelli et al., 2012) e na Austrália (Rallis et al., 2014).

Poucos estudos são encontrados correlacionando a ansiedade gestacional à quantidade de filhos. Alves e colaboradores (2007) encontrou uma associação entre a alta ansiedade a primigestas, enquanto Lopes e colaboradores (2012) e Schiavo, Rodrigues e Perosa (2018) associaram alta ansiedade a mulheres multigestas. Ainda assim, Simas e colaboradores (2013) não encontraram qualquer associação entre alta ansiedade e quantidade de filhos. O fato de ter participado gestantes primigestas e mutigestas em semelhante proporção, oferece maior segurança para aplicação desta escala em gestantes, independentemente da paridade.

Com a política de educação de progressão continuada de 1996, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), a maioria das mulheres hoje no Brasil com mais de 18 anos, apresentam escolaridade de pelo menos Ensino Médio Completo, desta forma o elevado número de gestantes com ensino médio completo que participaram desta pesquisa, correspondem à nova realidade educacional da mulher Brasileira.

A maior parte das gestantes que responderam ao IRSAG eram casadas, fato correspondente a realidade das gestantes Brasileiras (SCHIAVO, RODRIGUES; PEROSA, 2018; SIQUEIRA NETO; SILVEIRA; AVOSSI; PÉRICO, 2020).

O fato da metade das gestantes que responderam o instrumento relatarem viver com renda familiar de até 4.180,00 reais e a outra metade acima disso, indica que esse instrumento pode ser recomendado para aplicação em gestantes de todas as classes sociais.

Os dados revelaram que 35 pontos no IRSAG é o escore médio normal para uma gestante com gravidez típica e que escores acima de 41 pontos indica atenção do profissional para saúde emocional desta gestante.

A confiabilidade do Instrumento de Rastreo para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG), foi considerada Quase Perfeita, indicando que seu uso é recomendável para o rastreo de sintomas de ansiedade em gestantes permitindo que psicólogos e outros profissionais possam realizar com segurança triagem para identificar alterações emocionais significativas em gestantes maiores de idade, de todas as regiões do Brasil e quando necessário realizar o encaminhamentos para o profissional da saúde mental.

Uma limitação deste estudo foi o fato de não ter-se aplicado outro instrumento para comparar os resultados e medir especificidade e sensibilidade do IRSAG, justamente pelo fato de não existirem tais instrumentos específicos para aplicação nesta população. O IDATE que poderia ser utilizado por ser o instrumento de maior uso no mundo em pesquisas para medir ansiedade em gestantes, no momento no Brasil encontra-se como desfavorável seu uso pela SATEPSI, desta forma, optamos por não aplicar qualquer instrumento com esse fim. O IRSAG por ser um instrumento de Triagem/Rastreo, não se pretende por meio da aplicação dele realizar diagnósticos, mas a partir dos resultados realizar o encaminhamento da gestante com possível alta ansiedade, para um profissional da Saúde Mental que possa fazer uma avaliação mais detalhada.

Recomenda-se que futuramente novas investigações possam ser realizadas a partir deste instrumento.

O Psicólogo Perinatal é um dos profissionais que mais se beneficiarão deste instrumento (SCHIAVO, 2020), visto que são profissionais da saúde mental materna e precisam de instrumentos como esse para rastrear ansiedade gestacional.

5 CONCLUSÃO

A alta incidência de ansiedade na gestação, associada a poucos instrumentos de rastreo de sintomas dessa patologia demonstram a necessidade da elaboração de um instrumento que avalie esse quadro. A alta ansiedade, muitas vezes negligenciada, especialmente no período gestacional, devido a uma cultura da idealização do período perinatal, como um período de saúde e de felicidade, pode acarretar consequências para a mulher e para o bebê que podem ser prevenidas. Nesse contexto, o Instrumento de Rastreo para Sintomas de Ansiedade Gestacional (IRSAG) foi elaborado.

O IRSAG demonstrou ser um instrumento eficaz no rastreo de sintomas de ansiedade, em qualquer período gestacional, em diferentes realidades socioeconômicas e regionais do Brasil. Um instrumento com alta confiabilidade faz-se ideal para rastreo de

sintomas, de modo a possibilitar tratamento adequado, prevenir agravamento dos quadros, além de possibilitar suporte para a gestante em tempo de administrar cuidados apropriados para o bebê.

No contexto clínico, o IRSAG viabiliza direcionamento de conduta tanto médica, quanto psicológica do tratamento de pacientes, além de tornar possível o acompanhamento de desenvolvimento dos sintomas clínicos de ansiedade.

REFERÊNCIAS

ADEDINSWO, D. A. et al. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. **Journal of Human Lactation**, v.30, n.1, p.102-109, 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24065719/>

ALDER, J. et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical of the literature. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, v.20, n.3, p.189-209, mar. 2007. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/14767050701209560>>

ALAVES, A. M., et al. enfermagem e puérperas primigestas: Desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.4, p.416-427, 2007. Recuperado em revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/10063/6918

ARAÚJO, D.M.R et al. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saude. Mater. Infant.**, v.8, n.3, p.333-340, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a13v8n3.pdf>

AZEVEDO, K.R; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.2, p.269-276, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2>>

BANSIL,P et al. Maternal and fetal outcomes among women with depression. **J. Womens Health(Larchmt)**. v.19, n.2, p. 229-234, feb. 2010. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2009.1387>>

BENER, A. Psychological distress among mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.35, n.3, p. 231-236, jul./sep. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142082>>

BELTRAMI, L; MORAES, A.G; SOUZA, A.P.R. A. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb. Comum**, São Paulo, v.25, n.2, p.229-239, 2013.

BIAGGIO, A. M. B; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER,C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* de Spielberger. **Arq. Bras. Psi. Apli.**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.31-44, jul./set. 1977. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>

BREITKOPF, C. R et al. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. **J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.**, v.27, n.3, p.157-162, sep. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214450>>.

BROUWERS, E.P.M.; VAN BAAR, A.L.; POP, V.J.M. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. **Infant Behav. Dev.**,v.24, n.1, p.95-106,

2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638301000625>>

BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.D.; TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC Rev. Psicol.**, v.7, n.1, p.39-48, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>>

BUSS, C. et al. High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year -old children. **Psychoneuroendocrinology**, v.35, n.1, p.141-153, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453009002388>>

CANTILINO, A., & ZAMBALDI, C. F. Anxiety Disorders in Women. **Women's Mental Health** (pp. 111-123). Springer, Cham. 2020.

COELHO, H.F et al. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. **J. Affect Disord.** v.129, n.1-3, p.348-353, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710005227>>

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.24, n.3, p.197-209, 2003. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4217/1/Ansiedade%20na%20gravidez%20%282003%29.pdf>>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Nº.9**, de 25 de abril de 2018. COUTINHO, E.S.F; ALMEIDA-FILHO, N; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n.5, set./out.1999. Disponível em: <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo%28246%29.htm>

ENGLE, P.L. Maternal mental health: program and policy implications. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.89, n.3, p.963S-966S, mar. 2009. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/89/3/963S.full>>

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.3, p.171-178, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000300006&script=sci_arttext>

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch. Womens Ment Health**, v.10, p.25-32, feb. 2007. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/385b952e5bbf97dca077f4c234630f5d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32254>

FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. **J. Psychosom. Obstet Gynaecol.**, v.31, n.4, p.22-235, dec. 2010.

FELDMAN, R et al. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. **J. Am. Academy of Child**

& **Adolesc. Psychiatric.**, v.48, n.9, p.919-927, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709601477>>

FONTANELLA, B.J.B; SECCO, K.N.D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.61, n.3, p.168-175, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/08.pdf>>

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo (Maringá)**, v.10, n.1, p.47-55, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>>

GIARDINELLI, L. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. **Archives of women's mental health**, v.15, n.1, p.21-30, 2012.

GOEL N, WORKMAN JL, LEE TT, INNALA L, VIAU V. Sex differences in the HPA Axis. Em: *Comprehensive physiology* [Internet]. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.; 2014 [citação 2017 Jul 18]. p. 1121-55. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24944032>.

GRAEFF, F.G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.29, supl. 1, p.s3-s6, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462007000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>

GUNNING, M.D. DENISON, F. C., STOCKLEY, C. J., Ho, S. P., SANDHU, H. K., & REYNOLDS, R. M Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait AnxietyInventory (STAI): issues of validity, location and participation. **Journal Reproductive and Infant Psychology**. v.28, n.3, p.266-273, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02646830903487300>>

JOHNSON, J.G P COHEN, D S PINE, D F KLEIN, S KASEN, J S BROOK. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. **JAMA**. v.284, n.18, p. 2348-2351, nov. 2000. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=193251>

KIKKERT, H.K; MIDDELBURG, K.L; HADDERS-ALGRA, M. Maternal anxiety is related to infant neurological condition, paternal anxiety is not. **Early Human Development**, v.86, n.3, p.171-177, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378210000484>>

KURKI, T, HIILESMAA, V., RAITASALO, R., MATTILA, H., & YLIKORKALA, O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. **Obstet. Gynecol.**, v.95, n.4, p.487-490, apr. 2000. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2000/04000/Depression_and_Anxiety_in_Early_Pregnancy_and_Risk.3.aspx

LI SH, GRAHAM BM. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *The Lancet Psychiatry*

[Internet]. 2017 [citação 2017 Jul 21];4(1):73–82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27856395>.

LOPES, R. C. S. et al. Desafios para a maternidade decorrentes da gestação e do nascimento do segundo filho. In C. A. PICCININI e P. ALVARENGA (Orgs.), **Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos** (pp. 295-318). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtorno de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.56, n.2, p.108-115, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a06v56n2.pdf>>

MURRAY, L.; HALLIGAN, S.E.; COOPER, P. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions and child development. In: BREMNER, G.; WACHS, T. (Eds.). **The Wiley-Blackwell handbook of infant development**. Oxford: Wiley, 2010. p.192-220.

NEELDMAN, R., WALDERS, N., KELLY, S., HIGGINS, J., SOFRANKO, K., & DROTAR, D. Impacto da triagem para depressão materna em uma clínica pediátrica: um estudo exploratório (MMGB Mataloun, Trad.). **Correios da SBP**, v.6, p.18-19, 2000.

O'CONNOR, T.G. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v.44, n.7, p.1025-1036, sep. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/14697610.00187/pdf>>

PATEL, V.; SOUZA, N.; RODRIGUES, M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. **Arch. Dis. Child**, v.88, n.1, p.34-37, 2003. Disponível em: <<http://adc.bmj.com/content/88/1/34.full>>

RALLIS, S., SKOUTERIS, H., MCCABE, M., MILGROM, J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. **Women and Birth**, v.27, n.4, p.e36-e42., 2014.

RESOLUÇÃO Nº 11, DE 11 DE MAIO DE 2018: Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a resolução CFP Nº11/2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>

RESOLUÇÃO Nº 4, DE 26 DE MARÇO DE 2020: Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de tecnologia da informação e da comunicação durante a pandemia do COVID-19. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19>

RONDINA, R.C; GORAYEB, R; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **J.Bras.Pneumol.**, v.33, n.5, p.592-601, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf>

ROSA, M. **Mães que trabalham fora, cuidado com a culpa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ROSS, L. E., EVANS, S. G., SELLERS, E. M., ROMACH, M. K. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. **Archives of Women's Mental Health**, v.6, n.1, p.51-57, 2003. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-002-0155-1>>

SCHIAVO, R.A. **Presença de estresse e ansiedade no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 141f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista-UNESP, Bauru, 2011.

SCHIAVO, R.A. **Desenvolvimento infantil**: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida. 2016. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

SCHIAVO, R.A. **Saúde mental na gestação**. Agudos: MaterOnline, 2018.

SCHIAVO, R.A; RODRIGUES, O.M.P.R., PEROSA, G.B. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. **Tends in Psychology.**, v.26, n.4. p.2091-2104, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n4/2358-1883-tpsy-26-04-2091.pdf>

SCHIAVO, R.A; BARBOSA, J. C. **Alterações emocionais em gestantes em período de Pandemia COVID-19**. Agudos: MaterOnline, 2020. Disponível em: <https://materonline.com.br/ebook/pandemia/>

SCHIAVO, R.A. Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.6, p.16204-16212, 2020. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/19754/15833>

SEVERO, M.E.V; SANTOS, A.F; PEREIRA, V.C.L.S. Ansiedade em mulheres no período gestacional. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. v.15, n.1, p.79-89, 2017. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Ansiedade-em-mulheres-v15.1.7.pdf>

SILVA, M. M. D. J., NOGUEIRA, D. A., CLAPIS, M. J., & LEITE, E. P. R. C. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 51. 2017

Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comim, F. Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.15, n.1, p.19-34, 2013. Recuperado em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02.pdf>

SIQUEIRA NETO, L.H.T.; SILVEIRA, E.F.; AVOSSI, G.A.; PÉRICO, E. Perfil sociodemográfico e gestacional de gestantes de um município da Amazônia Brasileira. **Brazilian Journal of Development.**, v.6, n.10, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18912>

SOIFER, R.. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VAN DEN BERGH, B.R.H. et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms: a review. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, v.29, n.2, p.237-258, apr. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763404001307>

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v.22, n.44, p.203-220, 2014.

WACHELKE, J et al. Caracterização e avaliação de um procedimento de coleta de dados online (CORP). **Avaliação Psicológica**, v.13, n.1, p.143-146, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335030683017.pdf>