

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE GESTACIONAL

SCHIAVO¹, Rafaela de Almeida

Resumo

Inexistem instrumentos para medir especificamente ansiedade em gestantes no Brasil. Para medir ansiedade em gestantes, hoje são usados instrumentos adaptados, podendo gerar resultados de falsos positivos. O objetivo deste estudo consistiu em apresentar o desenvolvimento e a validação da Escala de Ansiedade Gestacional (EAG). Para sua elaboração, foram criados 20 itens que, posteriormente, foram submetidos à avaliação de juízes. No processo de validação, foram empregados os testes de Alfa de Cronbach e análise fatorial exploratória. Os resultados indicaram que duas questões da EAG deveriam ser removidas, resultando em um instrumento composto por 18 itens. Esses itens foram validados em dois fatores: o primeiro, denominado "tensão emocional", contendo 11 itens e um Alfa de Cronbach de 0,897; o segundo fator, "angústia", com 7 itens e um Alfa de Cronbach de 0,843. O estudo demonstrou que é possível utilizar a EAG como instrumento para rastreamento de ansiedade gestacional.

Palavras-chave: Palavra 1; Palavra 2; Palavra 3; Palavra 4; Palavra 5. Palavras que comuniquem os conceitos centrais da pesquisa e duas obrigatoriamente sendo da Terminologia em Psicologia e outras três de criação livre.

1

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF THE GESTATIONAL ANXIETY SCALE

Abstract

There are no instruments to specifically measure anxiety in pregnant women in Brazil. To measure anxiety in pregnant women, adapted instruments are currently used, which can generate false positive results. The aim of this study was to present the development and validation of the Gestational Anxiety Scale (GAS). For its development, 20 items were created and then subjected to review by experts. For validation, Cronbach's Alpha tests and exploratory factor analysis were employed. The results indicated that two items from GAS should be removed, resulting in an instrument consisting of 18 items that were validated in two factors. The first factor was labeled as emotional tension with 11 items and a Cronbach's Alpha of 0.897, while the second factor was labeled as distress with 7 items and a Cronbach's Alpha of 0.843. The study demonstrated that it is possible to use EAG as an instrument for screening gestational anxiety.

Keywords: Anxiety; Assessment; Scale; Gestation; Validity.

CONSTRUÇÃO Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD GESTACIONAL

Resumen

No existen instrumentos para medir específicamente la ansiedad en mujeres embarazadas en Brasil. Para medir la ansiedad en mujeres embarazadas actualmente se utilizan instrumentos adaptados, que pueden generar resultados falsos positivos. El objetivo de este estudio fue presentar el desarrollo y la validación de la Escala de Ansiedad Gestacional (EAG). Para su desarrollo, se crearon 20 ítems y luego se sometieron a revisión por expertos. Para la validación, se emplearon pruebas de Alfa de Cronbach y análisis factorial exploratorio. Los resultados indicaron que dos ítems de la EAG debían ser eliminados, lo que resultó en un instrumento compuesto por 18 ítems que se validaron en dos factores. El primer factor se etiquetó como tensión emocional con 11 ítems y un Alfa de Cronbach de 0.897, mientras que el segundo factor se etiquetó como angustia con 7 ítems y un Alfa de Cronbach de 0.843. El estudio demostró que es posible utilizar EAG como instrumento para detectar la ansiedad gestacional.

Palabras-clave: *Ansiedad; Evaluación; Escala; Gestación; Validez.*

2

INTRODUÇÃO

Ansiedade pode ser definida como um sistema de respostas cognitivas, como dificuldade de concentração; respostas afetivas, como humor deprimido; respostas fisiológicas, como tensão; e respostas comportamentais, como hiperatividade (Clark & Watson, 1991). Seus elementos mais comuns incluem medo, desconforto, tensão (Silva et al., 2019; Graeff, 2007), apreensão, nervosismo e preocupação (American Psychiatric Association, 2014), diante da antecipação de perigo ou evento desconhecido. Dependendo da intensidade, a ansiedade pode ser considerada normal ou patológica (Silva et al., 2019).

A gravidez é considerada um período de maior vulnerabilidade a alterações emocionais significativas (Steen & Francisco, 2019; Maia et al., 2022; Santos et al., 2021), sendo a ansiedade uma das alterações emocionais mais impactantes nesse período (Schiavo et al., 2018; Maldonado, 2017; Silva et al., 2017; Pereira et al., 2017).

De acordo com Maldonado (2017) e Soifer (1980), a ansiedade durante o período de gestação é normal e esperada. No primeiro trimestre gestacional, a ansiedade decorre dos sintomas da gravidez. O segundo trimestre é considerado o mais tranquilo de todos, pois a mulher sente os movimentos fetais e se relaciona emocionalmente mais com o feto. Já o terceiro trimestre é considerado o mais ansioso, pois os medos são bastantes presentes nessa fase, como medo de morrer no parto, medo da dor do parto e medo de não ser uma

boa mãe. Schiavo et al. (2018) identificaram que quanto maior o número de filhos, maior é a intensidade da ansiedade gestacional.

No Brasil, não há instrumentos para avaliar exclusivamente os sintomas de ansiedade no período gestacional. No entanto, alguns estudos (Araújo et al., 2008; Faisal-Cury & Menezes, 2007; Schiavo et al., 2018; Schiavo & Brancaglione, 2021) indicam que a prevalência de gestantes com alta ansiedade é significativa, com mais de 30% das grávidas com alta ansiedade. Durante a pandemia de COVID-19, essa prevalência aumentou ainda mais, chegando a mais de 50% (Schiavo & Castro, 2020; Schiavo, 2022; Carvalho et al., 2023).

Apesar de não existirem instrumentos para avaliar especificamente os sintomas de ansiedade em gestantes no Brasil, muitos estudos que visam identificar a prevalência desses sintomas durante a gestação utilizaram o Inventário de Ansiedade Traço/Estado (IDATE) (Schiavo et al., 2018; Faisal-Cury & Menezes, 2007; Gunning et al., 2008; Brouwers & Van Baar, 2001; Faisal-Cury et al., 2010; O'Connor, 2003; Araújo et al., 2008; Severo et al., 2017) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Vasconcelos, 2009; Boarolli et al., 2016; Schmidt & Argimon, 2009; Paz et al., 2022; Nomura & Ruano, 2021). Apenas recentemente, foi publicado um artigo que estudou as propriedades psicométricas da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE-21) para aplicação em gestantes (Silva et al., 2022); no entanto, ainda são escassos os estudos publicados que recorrem a esse instrumento na população de gestantes no Brasil.

O IDATE, embora seja o instrumento mais utilizado em pesquisas para medir a ansiedade em gestantes (Araújo, Pereira e Kac, 2007), carece de estudos que comprovem suas propriedades psicométricas para uso nessa população no Brasil. Schiavo et al. (2018) identificaram 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 têm validade moderada a boa.

Outra dificuldade do IDATE é que este é um instrumento de uso exclusivo do psicólogo e, atualmente, encontra-se com seu uso desfavorecido pelo CFP/SATEPSI; portanto, somente pesquisadores podem recorrer a ele, enquanto psicólogos em sua prática profissional não podem utilizá-lo.

Já o BAI está liberado para uso por psicólogos; no entanto, além de ser restrito ao uso por psicólogos, o que impede que outros profissionais rastreiem os sintomas de ansiedade em gestantes para encaminhar a paciente ao profissional de saúde mental, este instrumento apresenta sintomatologias que podem levar a falsos positivos quando aplicado em gestantes, pois muitos dos sintomas de ansiedade presentes no instrumento são características da gestação (Silva et al., 2022). Além disso, não existem estudos que comprovem suas propriedades psicométricas para uso na população de gestantes. Infelizmente, a maioria dos instrumentos utilizados na avaliação emocional no período perinatal não possui evidências psicométricas específicas para essa população (Trombetta et al., 2019).

Utilizar instrumentos validados para a população em geral para medir a ansiedade na população de gestantes pode resultar em falsos positivos, uma vez que é comum e esperado que as grávidas apresentem sintomas de ansiedade devido às grandes mudanças biopsicossociais. Existem três períodos potenciais de crise no desenvolvimento feminino: adolescência, período perinatal e climatério (Chvatal et al., 2017). Entre esses três períodos, o período perinatal é o de maior prevalência de alterações emocionais significativas (Lopes et al., 2016; Lucchese & Lemos, 2017; Galvão et al., 2017). Os níveis de cortisol são diferentes entre mulheres grávidas e não grávidas, sendo que nas grávidas é esperada uma carga maior desse hormônio (Shea et al., 2007).

Para que instrumentos com o objetivo de medir a ansiedade na população geral possam ser usados na população de gestantes, é necessário ter evidências psicométricas específicas para essa população. É provável que o ponto de corte para o nível clínico precise ser maior do que o utilizado na população geral, uma vez que os itens dos instrumentos da população em geral podem apresentar sintomas somáticos próprios da gravidez, como dormência ou formigamento, que são sintomas comuns em grávidas devido às mudanças hormonais típicas. Alguns hormônios, como a prolactina, o estrogênio e a progesterona, causam a retenção de líquidos, o que pode resultar na sensação de dormência e formigamento nas mãos (Fernandes et al., 2019). Outro exemplo é a sensação de calor. Durante a gestação, é normal que a gestante sinta mais calor, principalmente porque sua temperatura corporal aumenta cerca de meio grau. Em dias de calor intenso, isso pode até causar inchaço e deixar a gestante mais cansada, especialmente no último trimestre, o que pode influenciar outros sintomas de ansiedade, como cansaço, incapacidade de relaxar e suor excessivo (Maciel & Magalhães, 2008). Portanto, é relevante a criação de um instrumento exclusivo que possibilite aos profissionais que atendem gestantes, principalmente enfermeiros e obstetras que são os profissionais que realizam o pré-natal, medir os sintomas de ansiedade para que encaminhamentos aos profissionais da saúde mental possam ser realizados de forma prática e rápida.

Os sintomas de ansiedade na gestação podem causar prejuízos à saúde materna e infantil (Schiavo & Perosa, 2020; Schiavo et al., 2021; Beltrami et al., 2013; Buss et al., 2010). A ansiedade é uma das alterações psicológicas mais comuns na gravidez (Baptista et al., 2006; Faisal-Cury & Menezes, 2006; Faisal-Cury et al., 2010), com índices superiores aos do puerpério (Breitkopf et al., 2006).

Quando a alta ansiedade não é identificada durante a gestação, pode levar à cronificação dos sintomas no pós-parto, exigindo atenção especial dos profissionais em relação às gestantes que apresentam escores elevados 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; Ross et al., 2003; O'Connor, 2003). Altos níveis de ansiedade na gestação podem resultar em complicações obstétricas, como nascimento prematuro e baixo peso do bebê (Alder et al., 2007; Bener, 2013; Conde & Figueiredo, 2003), o que pode levar a uma série de consequências para o desenvolvimento infantil (Bansil et al.,

2010; Murray et al., 2010; Brouwers & Van Baar, 2001; O'Connor, 2003; Buss et al., 2010; Beltrami et al., 2013). Além disso, a alta ansiedade está associada a menor tempo de aleitamento materno exclusivo (Adedinsewo et al., 2014).

É importante ressaltar que a ansiedade durante a gestação não é necessariamente patológica, e é esperado que as gestantes sintam algum grau de ansiedade ao longo desse período de mudanças e incertezas. No entanto, quando a ansiedade atinge níveis elevados e interfere no bem-estar da mãe e no desenvolvimento saudável do bebê, é importante buscar apoio profissional para avaliação e intervenção adequadas.

Diante do exposto, é relevante avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade na gravidez para que o profissional possa distinguir entre uma ansiedade normal e esperada nesse período e uma ansiedade elevada, que não é considerada normal ou esperada durante a gestação e pode ter consequências negativas para a saúde materno-infantil. Ao identificar sintomas de ansiedade elevada em gestantes durante a triagem, o profissional poderá avaliar qual é a melhor intervenção a ser realizada. Caso o profissional que esteja realizando a triagem não se sinta confortável em intervir, ele pode encaminhar a gestante para a avaliação de outro profissional, como um psicólogo perinatal.

A avaliação também permite ao profissional identificar gestantes com ansiedade moderada e intervir a tempo para prevenir a ansiedade elevada. Uma técnica utilizada por psicólogos perinatais para prevenir a ansiedade elevada em gestantes é o Pré-natal Psicológico (Arrais et al., 2018; Arrais et al., 2019).

Dessa forma, pensou-se na construção e validação de um instrumento que pudesse auxiliar no rastreamento dos sintomas de ansiedade em gestantes, medindo sua intensidade, sem o objetivo de diagnosticar transtorno de ansiedade. Para isso, optou-se por construir um instrumento que contemplasse itens abrangendo os sintomas de ansiedade inespecíficos, ou seja, compartilhado também com a depressão como o humor deprimido, desconforto ou insatisfação, dificuldades de concentração, e sintomas específicos de ansiedade como a tensão somática e hiperatividade, conforme apontado por Clark e Watson (1991).

O humor deprimido é um estado emocional caracterizado por tristeza, moral baixa, desesperança, angústia, sofrimento, pessimismo e outros afetos relacionados que dificilmente se diferenciam dos estados emocionais vivenciados por todos os seres humanos quando confrontados com as adversidades da vida (Canale & Furlan, 2006). A Escala de Ansiedade Gestacional (EAG) não teve o objetivo de mensurar indicadores de depressão; os sintomas de humor deprimido são também características de sintomas de ansiedade, existindo grande dificuldade de separá-los. "Estes construtos são considerados independentes, mas é reconhecida a sobreposição entre a ansiedade e a depressão tanto do ponto de vista da saúde mental como do ponto de vista estatístico" (Pais-Ribeiro et al., 2004, p. 230).

Desconforto ou insatisfação ocorre quando o sujeito sente que não consegue resolver um problema; pode ser momentâneo ou situacional, pode ocorrer em determinada

situação ou fase da vida, direcionado a algo ou alguém. A dificuldade de concentração se caracteriza pela existência de problema para focar em atividades cotidianas e pela consequente frustração por não completá-las. A tensão é a soma de respostas físicas e mentais causadas por estressores, provocando desgaste físico e mental. A hiperatividade é caracterizada por um estado intenso de agitação (Clark & Watson, 1991).

Dessa forma, este estudo contribui não apenas para o avanço do conhecimento teórico, mas também para a prática clínica, fornecendo subsídios para uma avaliação mais precisa e eficaz da saúde mental durante a gestação. O objetivo desse estudo foi o de apresentar a construção e validação da Escala de Ansiedade Gestacional (EAG).

MÉTODO

Descrição do Instrumento

Os itens da EAG foram construídos pensando em quantificar as variáveis latentes inerentes a constructos não observáveis da ansiedade. Seus elementos mais comuns incluem medo, desconforto, tensão, apreensão, nervosismo e preocupação (American Psychiatric Association, 2014; Silva et al., 2019; Graeff, 2007), diante da antecipação de perigo ou evento desconhecido.

A EAG é um instrumento de rastreio, sem objetivo de diagnóstico clínico, mas complemento deste. É um instrumento heteroaplicável para gestantes com idade acima de 18 anos. Ela é composta por uma escala que tem o objetivo de avaliar a ansiedade gestacional em qualquer trimestre da gravidez, com dezoito itens, utilizando uma escala Likert de até quatro pontos.

A tabulação dos dados obtidos na EAG é realizada por meio dos itens assinalados na folha de resposta do instrumento. A amplitude dos escores possíveis para a escala varia de um mínimo de 18 a um máximo de 72 pontos. As respostas são avaliadas em uma escala tipo Likert de até quatro pontos, onde 1 significa "Não", 2 significa "Pouco", 3 significa "Bastante" e 4 significa "Muito". A gestante ou o aplicador deve marcar cada item do instrumento, circulando o número apropriado (1, 2, 3 ou 4) de acordo com a resposta para cada afirmação da EAG.

Procedimento da Coleta de dados

Todo o procedimento de coleta de dados aconteceu via online, desde o recrutamento, entrega do termo de consentimento e resposta a EAG. 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).

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

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 a EAG, passaram por análise estatística descritiva (média, moda 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, considerando $\alpha \leq 0,30$ muito baixa, $\alpha 0,30 \leq 0,60$ baixa, $\alpha 0,60 \leq 0,75$ Moderada, $\alpha 0,75 \leq 0,90$ alta e $\alpha > 0,90$ Muito alta. E para a validação foi realizada análise fatorial exploratória.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista CAAE 22701219.8.0000.5512 em 2020. Todas as participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informava sobre o sigilo da participação na pesquisa, bem como o direito de se recusar a participar ou de deixar de participar a qualquer momento.

7

RESULTADOS

Etapa 1 - Construção e estudos de validade com base no conteúdo.

Para a construção da estrutura operacional dos itens da escala, foram convidados seis juízes para analisar se os itens correspondiam às facetas de ansiedade apresentadas por Clark e Watson (1991). Todos os juízes especialistas possuem o título de doutor e realizam pesquisas e publicações em saúde mental materna, incluindo ansiedade perinatal.

Dos 20 itens da EAG submetidos à análise de construto, um juiz não concordou com a questão "Estou arrependida de ter engravidado", um não concordou com a questão "Não me sinto grávida e nem me conecto com o bebê", um não concordou com a questão "Tenho pesadelos" e um não concordou com a questão "Sinto-me sozinha/desamparada" como construto de sintomas de ansiedade. Um juiz identificou que as questões "Sinto que algo ruim pode acontecer a qualquer hora" e "Sinto que algo vai acontecer a qualquer momento" eram semelhantes e sugeriu a remoção ou troca de um dos itens, sendo aceita a sugestão de retirar esse item do instrumento. Além disso, um juiz considerou o item "Não me sinto

grávida e nem me conecto com o bebê" como um item que não mede ansiedade, e essa mesma questão foi apontada por 15 gestantes das 793 que responderam todas as 20 perguntas como uma questão de difícil compreensão. Portanto, esse item também foi retirado da EAG.

Análise das instruções, formato de resposta e itens de forma individual.

Um total de 793 gestantes respondeu ao EAG com 20 itens durante a coleta de dados. Durante a coleta, as gestantes também responderam se tiveram alguma dificuldade em compreender algum item da escala. Todas as gestantes leram o enunciado do instrumento e as orientações para marcar o número correspondente a sua melhor resposta em cada questão, conforme a legenda apresentada no instrumento. Dentre as participantes, 6% (48) informaram ter enfrentado alguma dificuldade. Dessas, 31% disseram não ter compreendido o item de número 5, "Não me sinto grávida e nem me conecto com o bebê", sendo este item retirado da escala.

Portanto, foram retirados dois itens do instrumento, que passou a ser composto por 18 itens, os quais contemplam humor deprimido, desconforto e insatisfação, dificuldades de concentração, tensão e hiperatividade. Para o humor deprimido foram construídos os seguintes itens: 10, 13, 14, 17 e 18. Para desconforto e insatisfação, os itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11 e 15. Para dificuldades de concentração, o item 9. Para tensão, os itens 3, 7 e 16 foram determinados. E para hiperatividade, o item 12.

A EAG foi aplicada em 793 gestantes brasileiras de todas as regiões do Brasil. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra de gestantes.

Tabela 1

Caracterização da amostra Brasileira (n=793)

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%

Observa-se que a maioria das participantes residia na região Sudeste do Brasil, encontrava-se no terceiro trimestre de gestação, possuía escolaridade igual ou superior a 13 anos, vivia com seus parceiros e metade delas tinha uma renda de até 4 salários mínimos.

No que diz respeito à pontuação mínima e máxima alcançada pelas participantes ao responder a EAG, a pontuação mínima foi de 18 pontos, que também representa a pontuação mínima possível no instrumento. A pontuação máxima foi de 68 pontos, enquanto a pontuação máxima possível no instrumento é de 72 pontos. Em média, as participantes obtiveram 32 pontos, com um desvio padrão de 10, e a pontuação mais comum entre as participantes deste estudo foi de 27 pontos.

Etapa 2 - Estudos de evidências de validade com base na estrutura interna e confiabilidade

Tabela 2

Pontuação média, desvio padrão para itens individuais, correlação item total corrigido e consistência interna (Alfa de Cronbach) se o item for excluído (N=793).

Itens da Escala	Média	Desvio Padrão	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1- Estou preocupada em relação à minha gestação	2,12	0,82	0,63	0,92
2- Insegurança define o que sinto agora	1,99	0,90	0,70	0,92
3- Estou tensa com essa gravidez	1,88	0,91	0,74	0,92
4- Estou arrependida de ter engravidado	1,13	0,42	0,450	0,93
5- Sinto-me perturbada com essa gravidez	1,19	0,50	0,58	0,92
6- Estou preocupada com possíveis incômodos	1,72	0,79	0,49	0,93
7- Sinto-me cansada	2,47	0,88	0,454	0,93
8- Sinto-me ansiosa	2,54	0,91	0,65	0,92
9- Sinto que algo ruim pode acontecer a qualquer	1,72	0,91	0,66	0,92

hora				
10- Sinto que não serei uma boa mãe	1,45	0,77	0,57	0,92
11- Sinto-me nervosa com essa situação de estar grávida	1,50	0,79	0,73	0,92
12- Estou agitada	1,84	0,88	0,58	0,92
13- Sinto-me culpada	1,36	0,73	0,66	0,92
14- Sinto-me triste	1,50	0,77	0,71	0,92
15- Estou preocupada com o futuro	2,33	0,98	0,73	0,92
16- Tenho pesadelos	1,59	0,84	0,50	0,93
17- Tenho medo	2,08	0,92	0,76	0,92
18- Sinto-me sozinha/desamparada	1,38	0,74	0,61	0,92

A tabela 2, indica que o valor mínimo do Alfa de Cronbach (0,92) foi verificado no item 17 “Tenho medo” e o mais elevado (0,93) no item 4 “Estou arrependida de ter engravidado”.

Tabela 3

Testes de Validade da Análise Fatorial

Testes e Medidas	
Medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin	0,949
Teste de esfericidade de Barlett-Quiquadrado aproximado	7262,495
Grau de liberdade	153
Nível de significância	0,000

A tabela 3 indica um KMO de 0,949 e teste Bartlett $p < 0,001$.

Proseguiu-se com a extração a partir dos 18 itens da EAG através da análise fatorial exploratória (Tabela 4).

Tabela 4

Varição total da análise de componentes principais.

Componente	Valores próprios iniciais			Soma de extração dos pesos fatoriais ao quadrado		
	Total	% da variância	Cumulativo%	Total	% da variância	Cumulativo%
1	8,258	45,879	45,879	8,258	45,879	45,879
2	1,400	7,779	53,659	1,400	7,779	53,659
3	0,958	5,322	58,981			

4	0,830	4,608	63,590			
5	0,805	4,470	68,059			
6	0,715	3,971	72,030			
7	0,640	3,558	75,588			
8	0,598	3,320	78,908			
9	0,534	2,968	81,876			
10	0,476	2,646	84,522			
11	0,452	2,511	87,033			
12	0,408	2,267	89,300			
13	0,403	2.241	91,540			
14	0,353	1,961	93,502			
15	0,326	1,813	95,315			
16	0,314	1,744	97,059			
17	0,289	1,608	98,668			
18	0,240	1,332	100,000			

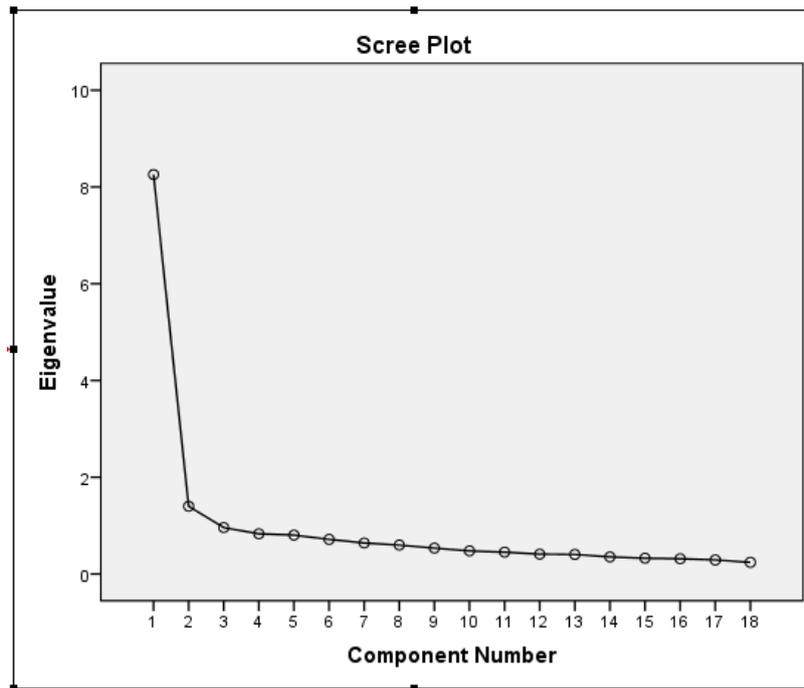
Método de extração: análise de componentes principais.

A partir dos resultados expressos na Matriz Rotacionada distinguiram-se dois fatores resultantes da análise fatorial. O instrumento ficou composto por dois fatores, o primeiro denominado como tensão emocional com 11 itens (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 16 e 17) e Alfa de Cronbach de 0,897; o segundo fator denominado como Angustia com 7 itens (4, 5, 10, 11, 13, 14, 18) e Alfa de Cronbach de 0,843. Considerou-se itens com carga fatorial baixa os que apresentassem carga fatorial < 0.30, no entanto, nenhum item apresentou carga fatorial < 0.30.

O gráfico do scree plot apresentado na Figura 1 revelou que a partir do segundo componente a linha do gráfico começava a se tornar horizontal, indicando a possibilidade de que, a partir deste ponto, a quantia de variância única começava a dominar a estrutura da variância comum.

Figura 1

Scree Plot dos Autovalores da EAG



A extração de componentes principais, realizada para explorar a estrutura dos dados, apontou a existência de dois componentes com autovalores superiores a 1,0 e capacidade de explicar 54% da variância total. Dentre estes dois fatores, apenas o primeiro detém autovalor superior a 1,5 explicando, 46% da variância total (Tabela 4).

12

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A população estudada para a construção e validação da EAG corresponde à maioria das mulheres em idade reprodutiva no Brasil, com idades entre 18 e 50 anos. A média de idade das participantes foi de 30 anos. Também é digno de nota que a EAG foi respondida por gestantes de todas as regiões do país, com maior participação das regiões Sul e Sudeste do Brasil, devido à presença mais significativa de psicólogas perinatais envolvidas na pesquisa.

Das 48 gestantes que responderam que não compreenderam algum dos 20 itens do instrumento, 6 eram da região Sul do país, 27 da região Sudeste, 11 da região Nordeste, 2 da região Norte e 2 da região Centro-Oeste. Esse resultado sugere que a falta de compreensão de algum item do instrumento não estava relacionada a questões culturais ou regionais.

Participaram gestantes de todos os trimestres, com uma maior prevalência de gestantes no terceiro trimestre (47%). Silva e colaboradores (2017) avaliaram a prevalência da ansiedade na gravidez de brasileiras e encontraram que a idade gestacional não apresenta associação significativa com a ansiedade. No entanto, ela foi mais prevalente no

último trimestre da gravidez, conforme apontam outros estudos, como Schiavo et al. (2018) e Shea et al. (2007), que também identificaram o último trimestre como o mais ansioso.

Aproximadamente metade das participantes (55%) eram primigestas. Poucos estudos correlacionam a ansiedade gestacional com o número de filhos. Alves et al. (2007) encontraram uma associação de alta ansiedade em mulheres primigestas, enquanto Lopes et al. (2012) e Schiavo et al. (2018) encontraram uma associação de alta ansiedade em mulheres multigestas. No entanto, Simas et al. (2013) não encontraram qualquer associação entre alta ansiedade e a quantidade de filhos.

A maioria das gestantes (83%) possuía pelo menos Ensino Médio completo, o que reflete a nova realidade educacional da mulher brasileira, em consonância com a política de progressão continuada de 1996, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

A maioria das gestantes (85%) que responderam à EAG vivia com o parceiro, o que está em linha com a realidade das gestantes brasileiras, conforme relatado por Schiavo et al. (2018) e Siqueira Neto et al. (2020). Metade (50%) das participantes tinha uma renda de até R\$ 4.180,00 reais.

A EAG inicialmente foi construída a partir de 20 itens que abrangessem os sintomas de ansiedade de humor deprimido, desconforto ou insatisfação, dificuldades de concentração, tensão somática e hiperatividade, conforme apontado por Clark e Watson (1991), como sintomas que caracterizam a ansiedade. Após a validação de conteúdo por juízes experts na área de saúde mental e na população alvo, foram retirados dois itens da escala original: o item "Sinto que algo vai acontecer a qualquer momento" e "Não me sinto grávida e nem me conecto com o bebê". A EAG, portanto, ficou constituída por 18 itens ao total.

Em relação à consistência interna, os resultados indicaram homogeneidade; todos os itens do instrumento medem a mesma característica do constructo. É importante ressaltar que a confiabilidade não é uma propriedade fixa de um questionário; a confiabilidade refere-se a quão estável, consistente ou preciso é um instrumento (Souza et al., 2017). E os itens da EAG para a população estudada com idade igual ou superior a 18 anos mostraram-se consistentes.

No Teste de Validade da Análise Fatorial, o KMB mostrou a proporção de variância dos itens que podem estar sendo explicados por uma variável latente e o resultado indicou que há mais variância comum compartilhada entre todos os itens do que variância específica. E o teste de esfericidade de Barlett rejeitou a hipótese da matriz identidade; a matriz foi, portanto, fatorável.

A análise fatorial exploratória foi realizada a partir dos 18 itens da EAG, resultando na identificação de dois fatores. O Eigenvalue, ao explorar a estrutura dos dados, apontou a existência de dois componentes com autovalores superiores a 1,0 e dentre estes dois fatores, o primeiro teve maior força na retenção fatorial. O fator 1 foi denominado "tensão emocional" e incluiu 11 itens (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 16 e 17) identificados por meio da rotação varimax, enquanto o fator 2 foi chamado de "Angústia" e englobou 7 itens (4, 5, 10,

11, 13, 14 e 18). Nenhum item do instrumento apresentou carga fatorial < 0.30 , sendo a carga fatorial de todos os itens considerada forte para o instrumento.

O fator 1 corresponde ao traço latente psicológico do comportamento de tensão emocional. A tensão emocional é uma característica comum às pessoas que vivem o seu cotidiano em vários momentos do dia a dia; podem se sentir preocupadas, inseguras, agitadas ou com medo (Silva et al., 2019; Graeff, 2007) sem significar sofrimento psíquico que caracterize como psicopatologia (Silva et al., 2019). No entanto, quando tais comportamentos são agrupados no relato do sujeito sobre sua percepção de si nos últimos dias, pode ser característica de sintomas de ansiedade.

Já o fator 2 corresponde ao traço latente psicológico do comportamento de angústia representado na escala por comportamentos que indicam arrependimento, perturbação, nervosismo, culpa, tristeza e sentimento de estar só (American Psychiatric Association, 2014). Diferentemente do fator 1, os comportamentos agrupados no fator 2, quando manifestados de forma isolada, podem indicar ao observador suspeita de sofrimento psíquico que pode ser confirmado ou não na observação do agrupamento de outros sintomas. Dependendo da intensidade, a ansiedade pode ser considerada normal ou patológica (Silva et al., 2019). Os itens do fator 1 se correlacionam pouco com os itens do fator 2 e vice-versa.

14

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após verificar as propriedades psicométricas do instrumento EAG, pode-se afirmar que a escala apresentou consistência interna, homogeneidade e variância comum, com carga fatorial de todos os itens considerados forte para o instrumento, indicando a validade do teste para mensurar a ansiedade em gestantes. A análise fatorial resultou na identificação de dois fatores: tensão emocional e angústia.

Uma limitação deste estudo foi à escolha do software estatístico SPSS para análise fatorial. Recomenda-se que novos estudos com a EAG aplicada na população de gestantes possam recorrer ao software Factors, que apresenta recursos estatísticos mais atualizados, como a técnica da análise paralela, que é melhor do que a técnica do eigenvalue para a retenção de fatores.

A EAG, sendo um instrumento de triagem/rastreamento, não tem a intenção de realizar diagnósticos por meio de sua aplicação, mas sim de direcionar gestantes com alta ansiedade para profissionais de saúde mental que possam conduzir uma avaliação mais detalhada e intervir na prevenção e tratamento. Caracterizar a intensidade e frequência dos sintomas contribui para o tratamento, acompanhamento e intervenção.

Diante da necessidade de instrumentos mais precisos e sensíveis para avaliar a ansiedade durante a gestação, o presente estudo surge como uma resposta a essa lacuna na literatura científica. Através de uma análise crítica das ferramentas atualmente disponíveis e

das demandas específicas desse período crucial da vida da mulher, direcionamos nossos esforços para o desenvolvimento e validação de uma nova medida: a Escala de Ansiedade Gestacional (EAG). Ao apresentar esta nova ferramenta, buscamos não apenas preencher uma lacuna metodológica, mas também contribuir significativamente para a prática clínica e a pesquisa em saúde materna, fornecendo um instrumento mais preciso e sensível para a detecção e monitoramento da ansiedade durante a gestação.

REFERÊNCIAS

Adedinsewo, D. A., Fleming, A. S., Steiner, M., Meaney, M. J., & Girard, A. W. (2013). Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) study. *Journal of Human Lactation.*, 30(1), 102-109. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334413504244>

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical of the literature. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, 20(3), 189-209. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/14767050701209560>

Alves, A. M., Gonçalves, C.S.F., Martins, M.A., Silva, S.T., Auwerter, T.C., & Zagonel, I.P.S. (2007). Enfermagem e puérperas primigestas: Desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 12(4), 416-427. <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/10063/6918>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5a ed.). Artmed.

Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. R. N., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2008). 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. Saúde. Mater. Infant.*, 8(3), 333-340. <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a13v8n3.pdf>

Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400002>

Arrais, A.R., Araújo, T.C.C., & Schiavo, R.A. (2018). Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 38(4), 711-729. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>

Arrais, A.R., Araújo, T.C.C.; Schiavo, R.A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas a depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 23-34. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>

Bansil, P., Kuklina, E. V., Meikle, S. F., Posner, S. F., Kourts, A. P., Ellington, S.R., & Jamieson, D.J. (2010). Maternal and fetal outcomes among women with depression. *J. Womens Health(Larchmt)*, 19(2), 229-234. <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2009.1387>

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC Rev. Psicol.*, 7(1), 39-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>

Beltrami, L., Moraes, A.G., Souza, A. P. R. A. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb. Comum*, 25(2), 229-239.

Bener, A. (2013). Psychological distress among mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 231-236. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142082>

16

Breitkopf, C. R., Primeau, L. A., Levine, R. E., Olson, G.L., Wu, Z. H., & Berenson, A.B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 27(3), 157-162. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17214450/>

Brouwers, E. P. M., Van Baar, A. L., Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behav. Dev.*, 24(1), 95-106. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638301000625>

Boarolli, M., Pacheco, T., Ceretta, L. B., Birollo, I. V. B., Amboni, G., & Gomes, K. M (2016). Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em um grupo de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família do bairro São Sebastião, Críciúma. *Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica*, 3(1). <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/prmultiprofissional/article/view/3028>

Buss, C., Davis, E. P., Muftuler, L. T., Head, K., & Sandman, C. A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 141-153. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453009002388>

Canale, A., & Furlan, M.M.D.P. (2006). Depressão. *Arq. Mudi*, 10(2), 23-32. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/download/19922/10816>

Carvalho, G. D., Fiusa, I. L. S., Carvalho, A. P. S., Oliveira, V. J. (2023). Relação entre COVID-19 e ansiedade e depressão no período gestacional. *Revista Eletrônica Acervo em Saúde*, 23(2), e11951. <https://doi.org/10.25248/reas.e11951.2023>

Chvatal, V. L. S., Vasconcelos, J. F. J., Rivoredo, C. R. S., & Turato, E. R. (2017). Mecanismo de defesa utilizados por adolescentes com bebês prematuros em UTI Neonatal. *Paidéia*, 27(suppl.1), 430-438. <https://doi.org/10.1590/1982-432727s1201708>

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>

Coelho, H. F., Murray, L., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J. Affect Disord.*, 129(1-3), 348-353, 2011. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710005227>

Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 24(3), 197-209.

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 28(3), 171-178. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032006000300006&script=sci_arttext

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch. Womens Ment Health*, 10, 25-32. <https://search.proquest.com/openview/385b952e5bbf97dca077f4c234630f5d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32254>

Faisal-Cury, A., Araya, R., Zugaib, M., & Menezes, P. R. (2010). Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. *J. Psychosom. Obstet Gynaecol.*, 31(4), 22-235.

Fernandes, A. C. F., Alves, A. K. D., Mendes, A. F. G., Costa, L. F., Furtado, R. S., Assis, I. B., & Maciel, D. S. A. (2019). Efeitos da drenagem linfática em gestantes com doenças hipertensivas: revisão da literatura. *Revista Saúde em Foco*, 11. <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp->

[content/uploads/sites/10001/2019/02/014 EFEITOS-DA-DRENAGEM-LINF%3%81TICA-EM-GESTANTES-COM-DOEN%3%87AS-HIPERTENSIVAS.pdf](https://www.unesp.br/revistas/psicologia/2019/02/014_EFEITOS-DA-DRENAGEM-LINF%3%81TICA-EM-GESTANTES-COM-DOEN%3%87AS-HIPERTENSIVAS.pdf)

Galvão, L. L. L. F., Farias, M. C. S., Azevedo, P. R. M., Vilar, M. J. P., & Azevedo, G. D. (2007). Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 53(5), 414-420. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500017>

Graeff, F. G. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(sup.01), s3-s6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500002>

Gunning, M. D., Denison, F. C., Stockley, C. J., Ho, S. P., Sandhu, H. K., & Reynolds, R. M. (2008). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 266-273. <https://doi.org/10.1080/02646830903487300>

Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (1996, 21 de dezembro). Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Presidência da República. https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2009/04/lei_diretrizes.pdf

18

Lopes, R. C. S., Vivian, A. G., Oliveira, D. S., Pereira, C. R. R. & Piccinini, C. A. (2012). Desafios para a maternidade decorrentes da gestação e do nascimento do segundo filho. In C.A Piccinini & P. Alvarenga (Eds.), *Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos*. (pp. 295-318). Casa do Psicólogo.

Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T. L., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50(supl. 1), 1-9s. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>

Lucchese, R., & Lemos, M. F. (2017). Fatores associados a probabilidade de transtorno mental comum em gestantes: estudo transversal. *Esc. Anna Nery*, 21(3), e20160094. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0094>

Maciel, L. M. Z., & Magalhães, P. K. R. (2008). Tireoide e Gravidez. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, 52(7), 1084-10-95. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302008000700004>

Maia, I. J. F., Marrone, L. C. P., & Martins, M. I. M. (2022). Comparison between the quality of life, anxiety and depression of pregnant women who live in rural and urban area in a

municipality in the Brazilian Amazon. *Research, Society and Development.*, 11(1), e31311124758. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24758>

Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. Ideias & Letras.

Murray, L., Halligan, S. E., & Cooper, P. (2010). Effects of postnatal depression on mother-infant interactions and child development. In G. Bremner & T. Wachs (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of infant development* (pp.192-220). Wiley.

Nomura, R. M. Y., Ubina, A. C. F., Tavares, I. P., Costa, M. L., Opperman, M. L. R., Brock, M. F., ... & Ruano, R. (2021). Increased risk for maternal anxiety during the COVID-19 outbreak in Brazil among pregnant women without comorbidities. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43(12), 932-939. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740234>

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

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(2), 229-239. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>

Paz, M. M. S., Diniz, R. M. C., Almeida, M. O., Cabral, N. O., Assis, T. J. C. F., Sena, M. F., Pontes, V. A., Borges, N. M. S., & Mendes, C. K. T. T. (2022). Analysis of the anxiety level in high-risk pregnancy based on the Beck Anxiety Inventory. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(4), 1015-1023. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>

Pereira, V. C. L. S., Santos, A. F., & Severo, M. E. V. (2017). Ansiedade em mulheres no período gestacional. *Revista de Saúde Nova Esperança*, 15(1), 80-91. <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/58>

Ross, L. E., Evans, S. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51-57. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-002-0155-1>

Santos, M. E. A., Calheiros, M. S., & Silva, L. K. B. (2021). Transtornos mentais na gestação: revisão integrativa. *Educação para o Desenvolvimento Socioeconômico.*, 6(2), 2382–2394. <https://doi.org/10.17648/diversitas-journal-v6i2-1355>

Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., & Perosa, G. B. (2018). Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Tends in Psychology.*, 26(4), 2091-2104. <http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n4/2358-1883-tpsy-26-04-2091.pdf>

Schiavo, R. A., & Perosa, G. B. (2020). Child development, maternal depression and associated factors: a longitudinal study. *Paidéia*, 30, e3012. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3012>

Schiavo, R. A., & Castro, J. C. B. (2020). *Alterações emocionais em gestantes em período de Pandemia COVID-19*. MaterOnline. <https://materonline.com.br/ebook/pandemia/>

Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S., Campos, B. C., Nascimento, L. M. B., & Dornelas, L. M. C. S. (2021). Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. *Pensando Famílias*, 25(2), 98-113. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200008

20

Schiavo, R. A., & Brancaglioni, M. Y. M. (2021). Instrumento de rastreio para sintomas de ansiedade gestacional – IRSAG. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 16885-16904. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-198>

Schiavo, R. A. (2022). Ansiedade e estresse gestacional durante e entre pandemias (H1N1 e COVID-19). In J. Klaus. (Ed.), *Psicologia & Saúde: pesquisa, aplicações e estudos interdisciplinares* (pp.51-67). Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220609167>

Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia*, 19(43), 211-220. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009>

Severo, M. E. V., Santos, A. F., Pereira, V. C. L. S. (2017). Ansiedade em mulheres no período gestacional. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 15(1), 79-89. <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Ansiedade-em-mulheres-v15.1.7.pdf>

Shea, A. K., Streiner, D. L., Fleming, A., Kamath, M. V., Broad, K., & Steiner, M. (2007). The effect of depression, anxiety and early life trauma on the cortisol awakening response during pregnancy: preliminary results. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8-10), 1013-1020. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.07.006>

Silva, A. M., Toledo, L. A. F., Souza, M. M. B., & Chiarani, M. (2019). Nível de ansiedade em acadêmicos concluintes de graduação da faculdade FASIFE. *Rev. Cient. Comum., Gestão e Psicologia Fac. Fasipe Sinop/MT*, 1(2), 59-72. <http://104.207.146.252:3000/index.php/RCCGestaoPsico/article/view/86/92>

Silva, M.M.J., Nogueira, D.A., Clapis, M.J., & Leite, E.P.R.C. (2017). Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 51, e03253. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>

Silva, S.A., Zanon, R.B., & Pereira, V.A. (2022). Escala de depressão, ansiedade e estresse (EDA-E-21): propriedades psicométricas em gestantes brasileiras. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24(2), ePTPPA13525. <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/13525/11441>

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

Siqueira Neto, L.H.T., Silveira, E.F., Avossi, G.A., & Périco, E. (2020). Perfil sociodemográfico e gestacional de gestantes de um município da Amazônia Brasileira. *Brazilian Journal of Development.*, 6(10), 82253–82269. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-598>

21

Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.

Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>

Steen, M., & Francisco, A.A. (2019). Bem-estar e saúde mental materna. *Acta Paul. Enferm.*, 32(4), 3-6. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>

Trombetta, J. B., Traebert, J., Nunes, R. D., & Freschi, L. D. (2019). Fatores associados à qualidade de vida em gestantes de alto risco. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 48(4), 75–87. <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/536>

Vasconcelos, L. (2009). *Impacto da má formação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo.

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

Recebido em: 25/09/2023

Reapresentado em: 07/02/2024

Aprovado em: 22/02/2024

¹ Pós-doutorado pela UNESP/Bauru, Programa de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. É docente no curso de pós-graduação do MaterOnline. Autora do instrumento Triagem Psicológica para Aplicação em Gestantes TPAG aprovada pela SATEPSI para uso do Psicólogo. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Perinatal e da Parentalidade. É diretora e fundadora do Instituto MaterOnline. E-mail: rafaela.schiavo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7290-3610>

