

Paula Adriana Borba Rodrigues

Transtorno Mental Comum em gestantes de alto risco: primeiro
estudo de prevalência

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento do Centro de Ciências
da Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco, para obtenção do título
de Mestre em Neuropsiquiatria.

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Orientador

RECIFE
2011

Rodrigues, Paula Adriana Borba

Transtorno mental comum em gestantes de alto risco : primeiro estudo de prevalência / Paula Adriana Borba Rodrigues. – Recife: O Autor, 2011.

80 folhas: il., gráf. ; tab ; 30 cm

Orientador: Everton Botelho Sougey

Tese (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2011.

Inclui bibliografia e anexo.

1. Transtorno mental. 2. Gravidez. 3. Alto risco. 4. Mulheres. I. Sougey, Everton Botelho. II. Título.

616.89

CDD (20.ed.)

UFPE

CCS2019-012

PAULA ADRIANA BORBA RODRIGUES

Transtorno mental comum em gestantes de alto risco: primeiro estudo de
prevalência

Tese aprovada em: 21/12/2011

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
UFPE

Prof. Dr. Amaury Cantilino
UFPE

Prof^a. Dra. Kátia Cristina Lima de Petribú
UPE

RECIFE
2011

Ao meu pai

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Everton Botelho Sougey pela confiança e apoio ao longo de nossa formação e pela dedicação ao fortalecimento da pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

A Prof^a. Dra. Sandra Lopes de Souza pela atenção conosco e pela dedicação ao programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

Aos colegas do grupo da Saúde Mental da Mulher e especialmente a Dra. Carla Zambaldi e Dr. Amaury Cantilino por todo o apoio e solicitude ao longo do nosso estudo.

Ao Prof. Douglas Sucar pelo incentivo a fazer sempre o melhor.

Ao Prof. Dr. Kênio Costa pela imprescindível colaboração na estatística do trabalho e em muitas contribuições para o estudo.

Aos professores e colegas da pós-graduação pelas ricas discussões e contribuições ao longo desta formação.

As gestantes participantes do estudo pela presteza em aceitar nosso convite e proporcionar a execução desta pesquisa.

Enfim, ao grande apoio familiar, especialmente o de minha mãe, o qual me permitiu ausentar-se tanto de casa para realizar este desejo de formação profissional.

RESUMO

Introdução: A gestação é um período da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psicológicas e de atuação sócio-familiar que potencialmente refletem em sua saúde mental. A gestação de alto risco configura-se como uma condição de tensão maior em virtude da probabilidade do risco de vida para si ou para o bebê, além do estresse e ansiedade inerentes a gravidez. Diante disso aventamos a possibilidade de que as grávidas de alto risco possam estar mais sujeitas ao adoecimento psíquico. **Objetivo:** averiguar a frequência de sintomas psiquiátricos, na forma do Transtorno mental comum (TMC), em gestantes de alto risco. **Metodologia:** Um estudo descritivo transversal foi conduzido com 242 gestantes que preencheram critérios de alto risco atendidas no serviço de pré-natal da Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal/RN. A prevalência média do TMC utilizado foi de 20% para obtenção da amostra, com intervalo de confiança de 95% e 5% de erro amostral. **Resultados:** A frequência de sintomas do TMC encontrada foi de 63,2% nas gestantes de alto risco. Os sintomas predominantes foram: “sentir-se nervosa, tensa ou preocupada” (68,6%), “dificuldade para realizar com satisfação as atividades diárias” (60%), “sentir-se cansada o tempo todo” (69%) e “cansar com facilidade” (68,5%), “dor de cabeça” (66,6%, n=102), “dorme mal” (68,6%, n=105), “assusta-se com facilidade” (66%, n=101), “sentir-se triste” (65,3%, n=100), “chorado mais” (60%, n=91). **Conclusão:** Foi observada uma frequência de sintomas psiquiátricos em gestantes de alto risco aparentemente maior aos dados na literatura sobre TMC em gestantes sem risco, o que instiga a seguir a pesquisa neste tema a fim de se obter dados mais acurados sobre o impacto de uma gravidez de risco.

Descritores: transtorno mental, gravidez, alto risco, mulheres.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a woman's period that involves physical changes, hormonal, psychological and social and family activities that potentially reflect on their mental health. The high-risk pregnancy is configured as a condition of tension due to the greater likelihood of life-threatening for you or the baby, as well as stress and anxiety inherent in pregnancy. At this raised the possibility that pregnant women at high risk may be more exposed to mental illness. **Objective:** To check the frequency of psychiatric symptoms in the form of common mental disorder (CMD) in high-risk pregnancy. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted with 242 pregnant women who met criteria for high-risk in the prenatal in Maternidade Escola Januário Cicco in Natal/ RN. The average prevalence of CMD used was of 20% to obtain the sample, with a confidence interval of 95% and 5% sampling error. **Results:** The prevalence of CMD was 63.2% in high-risk pregnancy. The predominant symptoms were "feeling nervous, tense or worried" (68.6%), "difficulty to enjoy your daily activities" (60%), "feeling tired all the time" (69%) and "easily tired" (68.5%), "headache" (66,6%, n=102), "sleep badly" (68,6%, n=105), "startles easily" (66%, n=101), "feel sad" (65,3%, n=100), "cried more" (60%, n=91). **Conclusion:** It observed a frequency of psychiatric symptoms in women at high risk apparently higher than the data in the literature on CMD among pregnant women without risk, which instigates the following research this issue in order to obtain more accurate data on the impact of pregnancy risk.

Descriptors: mental disorders, pregnancy, high risk, woman.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

MEJC- Maternidade Escola Januário Cicco

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPRQ- Perception of Pregnancy Risk Questionnaire

SRQ-20- Self Reporting Questionnaire versão 20 questões

TMC- Transtorno mental comum

CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças 10^a edição

DSM-IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4^a edição

DST- Doença sexualmente transmissível

HIV- Vírus da imunodeficiência humana

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	09
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
3. MÉTODO	34
4. RESULTADOS (artigos originais)	38
4.1. Transtorno Mental Comum em gestantes de alto risco	38
4.2. Adaptação para o português e estudo da consistência interna do <i>Perception Pregnancy of Risk Questionnaire</i>	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXO 1- Questionário geral	74
ANEXO 2 - <i>Self Reporting Questionnaire</i>	75
ANEXO 3 - <i>Agrupamento do Self Reporting Questionnaire</i>	76
ANEXO 4 - <i>Perception of Pregnancy Risk Questionnaire</i>	77
ANEXO 5 - encaminhamento do artigo a revista científica	79
ANEXO 6 - documentação do comitê de Ética em Pesquisa	80

1. APRESENTAÇÃO

A pesquisa nas fases reprodutivas da mulher avança significativamente na comunidade científica. Paralelamente avançam as pesquisas na área da saúde mental também dentro do universo feminino. Daí tem tido crescentes os estudos que versam sobre o adoecimento psíquico nas mulheres e o entendimento dos fatores de risco relacionados, sobretudo no momento da gravidez e puerpério. A gestação é um período da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psicológicas e de atuação sócio-familiar que terminam por refletir em sua saúde mental¹. Em comparação aos estudos encontrados durante o período puerperal, observa-se que ainda há necessidade crescente de compreender de forma mais apurada a saúde mental vivenciada durante o

período gestacional². Isto torna o quadro inquietante visto que é sabido que o adoecimento mental durante a gestação é fator de risco ou até mesmo um *continuum* para os transtornos no puerpério, assim como a possibilidade de prejuízos na relação mãe-feto e até nos resultados obstétricos e de desenvolvimento da criança³. No entanto, observa-se que os serviços de pré-natal estão voltados principalmente para a assistência ginecológico-obstétrica, tendo pouco espaço para acolher a paciente em seus aspectos psicológicos, sociais e ambientais os quais influenciam em sua saúde mental. Especularam, inclusive, em alguns estudos, que os transtornos psiquiátricos no período gestacional estavam sendo subdiagnosticados².

A gestação de alto risco configura-se como uma condição de maior probabilidade de comprometimento à saúde ou risco de morte materna ou fetal⁴. Cerca de 20% das gestantes apresentam fatores de morbi-mortalidade que podem tornar a evolução da gestação desfavorável, constituindo o chamado grupo de alto risco⁵. Este grupo tem expectativas preocupantes quanto ao desfecho da gestação, tornando-o mais vulnerável aos fatores de risco para o adoecimento mental⁵. A realidade é que ainda são escassas as pesquisas sobre transtornos psiquiátricos na gestação de alto risco.

Os estudos demonstram que por vezes não é possível preencher critérios diagnósticos, como por exemplo, para depressão, no entanto as mulheres podem apresentar sintomas proeminentes de incapacidade funcional os quais são conceituados pelo Transtorno mental comum (TMC). O TMC engloba manifestações somáticas e psíquicas gerais que podem expressar uma natureza depressiva, ansiosa ou dissociativa, as quais podem passar despercebidas, mas que merecem alguma intervenção terapêutica⁶. O TMC tem sido amplamente utilizado em estudos com mulheres em vários países, inclusive mulheres grávidas. Encontramos a prevalência do transtorno mental comum na população geral variando de 7% a 26%, sendo no sexo feminino mais elevado (20%) do que no masculino (12,5%)⁷. Na maioria dos estudos, a prevalência de TMC em gestantes é semelhante a das mulheres na população geral, ou seja, em média de 20%^{8,9}. Nas pessoas com transtornos mentais comuns observa-se uma maior busca por serviços de saúde, mais queixas de saúde física e repercussões negativas em outras esferas da vida¹⁰. Quanto à gravidez, vários autores argumentam que os fatores físicos e emocionais influenciam as modificações psicoafetivas da gestante e, assim, são comuns

os receios relativos ao parto e estado do bebê ao nascer, de perdas e malformações, prematuridade, enfim, de que a gestação não alcance um bom resultado^{1,5}.

Se este estudo aventou a hipótese de que a população alvo, gestante de risco, estaria mais vulnerável a um sofrimento psíquico justamente por estar exposta a uma situação de risco materno ou fetal, então, surgiu a indagação de como seria a percepção deste risco pela gestante. Uma definição de risco pode ser uma situação de probabilidade de danos a um evento futuro¹¹. Já a percepção de risco pode ser definida como uma expectativa sobre a probabilidade de um evento danoso ou que tenha um dano em potencial¹². Perceber risco passa a ser um construto importante em algumas teorias de comportamento de saúde. Aquelas pessoas que percebem um potencial risco em si tem uma tendência de reduzir esse risco através de medidas de cuidado à saúde mais do que aquelas que não vêem o risco¹³. Algumas teorias de motivação acreditam que perceber o risco à saúde serve de motivação a aderir a estratégias de prevenção. Neste contexto, gravidez é uma situação que pode apresentar vários riscos, seja no pré-natal ou em complicações no parto e puerpério. Desta forma, critérios de morbidade e mortalidade são analisados durante a gestação para se caracterizar uma gestação de baixo ou alto risco. As mulheres grávidas que compreendem melhor a sua percepção de risco podem ser mais receptivas as recomendações do pré-natal, a minimizar os comportamentos de risco e com isso contribuir com toda a equipe em intervenções mais eficazes no cuidado a saúde¹⁴. No entanto, a percepção de ser de alto risco para a mulher grávida pode ser um fator de influência negativo em seu estado psicoemocional. Alguns estudos preocuparam-se com a avaliação do impacto emocional desta percepção de risco e como agir com as próprias percepções¹⁵. Com isso, tornou-se interessante obter uma maneira de compreender a percepção de risco pela gestante de forma individualizada e dentro do contexto social no qual está inserida. Motivados por esta curiosidade, alguns autores procuraram disponibilizar um instrumento que pudesse auxiliar na avaliação geral desta percepção de risco das mulheres grávidas. Encontra-se, então, na literatura, o Perception Pregnancy of Risk Questionnaire (PPRQ) como o primeiro instrumento de medida da percepção de risco pela mulher grávida. O instrumento se mostrou de boa confiabilidade e validade, além da aplicabilidade como instrumento clínico¹⁶. Tornou-se, então, uma opção deste estudo ampliar o entendimento de todo o contexto do adoecimento psíquico nas gestantes de alto risco

pesquisando também a percepção de risco por estas gestantes. Para isso, fez-se necessário traduzir e adaptar o questionário à língua portuguesa e seguir com a aplicação do instrumento na população em estudo.

Frente aos achados na literatura, o presente estudo conduziu sua questão procurando verificar a frequência de aparecimento de sintomas psiquiátricos, na forma de transtorno mental comum, em gestantes de alto risco.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Averiguar a frequência de sintomas psiquiátricos, contemplados pelo conceito do Transtorno Mental Comum, em gestantes que preencheram critérios para gravidez de alto risco, segundo as normas técnicas do Ministério da Saúde, atendidas no serviço terciário de referência para alto risco localizado na Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal/RN.

Como objetivos específicos:

- Verificar quais sintomas foram mais prevalentes para as gestantes que apresentaram o TMC.
- Analisar relações de fatores sociodemográficos à presença do transtorno mental comum, de acordo com as variáveis contidas no questionário geral (anexo1).
- Verificar quais grupos de sintomas foram predominantes, segundo o agrupamento em quatro dimensões (anexo 3).
- Traduzir e adaptar o instrumento Perception of Pregnancy Risk Questionnaire (PPRQ) à língua portuguesa (anexo 4).

De acordo com tais objetivos, foram elaborados dois artigos principais:

1. “Transtorno Mental Comum em gestantes de alto risco”
2. “Adaptação para o português e estudo da consistência interna do *Perception of Pregnancy Risk Questionnaire*”

Além destes, foi elaborado o artigo de Revisão intitulado “Common Mental Disorders in Mothers and Infants and/or Obstetric Outcomes: a review article”.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Common Mental Disorders in Mothers and Infants and/or Obstetric

Outcomes: a review article

Paula Borba¹, Carla Fonseca Zambaldi², Amaury Cantilino³, Everton Botelho Sougey⁴

¹*Médica psiquiatra, mestranda, Universidade Federal de Pernambuco(UFPE), Recife,PE*

²*Doutora em psiquiatria,Grupo Saúde da Mulher, UFPE, Recife, PE*

³*Doutor em psiquiatria,Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE, Recife,PE*

⁴*Coordenador, Pós graduação, Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE, Recife,PE*

Correspondência: Paula Borba.Rua Otavio Lamartine, 441, Petrópolis, Natal, RN, CEP:59020-050. paulaaborba@hotmail.com.

Descriptors: mental disorders, women, pregnancy, infants

Background: Pregnancy has been shown to be a period when women are vulnerable to mental disorders. Common mental disorders (CMD) have been studied among the general population and especially in pregnant and non-pregnant women. During pregnancy, CMD have been studied as a potential cause of changes in obstetric variables and in the infant. *Methods:* A search of the PUBMED/MEDLINE, LILACS and SCIELO data bases was carried out to find relevant articles in English, Spanish and Portuguese. There was no limit to the year of publication but only studies involving human beings were included. *Results:* twenty-five articles were selected. There was a consensus that the average prevalence of CMD during pregnancy is 20%. There was also agreement that CMD in pregnancy are a predictor of postpartum depression and anxiety disorders and that this disorder is still not being diagnosed or

treated. As for the positive association between CMD and obstetric complications and complications in the infant, there are still conflicting results. In lower-income countries, there is frequently an association between CMD and perinatal changes. It is argued that there are some confounding factors such as: socio-demographic and cultural differences, health and maternal conditions, type of instruments used. *Conclusion:* We believe that the conflicts in the studies may be due to differences in methodology and socio-demographic factors which influence the development of common mental disorders. However, despite these differences, it is known that depression and anxiety disorders in pregnancy need to be studied and identified by all professionals who provide antenatal care.

BACKGROUND

The concept of Common Mental Disorders (CMD) was first described by Goldberg & Huxley for the purpose of characterizing a distress condition exhibiting diffuse somatic symptoms, anxiety and depressive states¹. Besides the symptoms described, the concept includes the context of the primary health care sector and the socio-demographic conditions of the community in which the disorder occurs. The Self Report Questionnaire (SRQ) and General Health Questionnaire (GHQ) are the main research tools used for research in the field of CMD. The concept of CMD has thus been widely used in research into psychological distress in women, often during pregnancy.

Pregnancy and childbirth are gaining recognition as significant risk factors for the development and exacerbation of mental health problems². They are important stressors in the biological, psychological and social life of a woman. The intensity of the psychological changes in pregnancy depends on family, marital, social, cultural and personality factors³. The studies focus on investigating mental illness in pregnancy and postpartum, with the latter being predominant. Diagnosis of mental disorders during the prenatal stage is believed to be negligible and there are few scientific studies that seek to identify psychological changes during pregnancy⁴.

Although the results of these studies are sometimes contradictory and still insufficient from an epidemiological point of view, there are documented suggestions that psychological factors during pregnancy can lead to complications during labor and delivery, as well as for the newborn. Some studies report that these psychological changes are simply changes in hormones that cross the placenta and alter the fetal environment, with consequences for child development⁵. The first observed changes in the newborn may take the form of crying, irritability or apathy and lead to affective disorders in adulthood. The factors that typically have a negative influence on the mother-infant relationship may originate prior to conception or during prenatal care⁵.

CMD during pregnancy is thus considered an important predictor of postpartum depression^{6,7}. There is evidence that common mental disorders (CMD) in mothers, particularly symptoms of anxiety and depression, are a serious public health problem, owing to their negative effect on child

development⁵. Childhood is a critical time for the welfare of the newborn, which depends on the quality and quantity of care received by the main caregiver, usually the mother. Depressed mothers show less sensitive engagement with their babies, resulting in an insecure attachment on the part of the children. Some studies have shown that children born to mothers with CMD have poorer motor cognitive and socio-emotional development than those born to mothers in good mental health⁸. Other researchers have associated depression and antenatal anxiety with premature birth, low birth weight (LBW), operative delivery and neonatal care in intensive care units^{9,10,11}.

Studies of the association between CMD and adverse obstetric outcomes have produced conflicting evidence. This is because several factors may influence the results. For example, many studies are conducted in low-and middle-income countries (LAMIC) and the symptoms may be aggravated by smoking and alcohol consumption during pregnancy. As these findings are still controversial, this paper aims to review the literature and provide some more precise information.

METHODS

Original articles on common mental disorders in pregnancy and their impact on the birth and development of the child were located by way of an electronic search of the PUBMED/MEDLINE, LILACS and SCIELO data bases, as well as a manual search for references to selected articles and additional bibliographic material, such as dissertations, books and magazine articles on the subject.

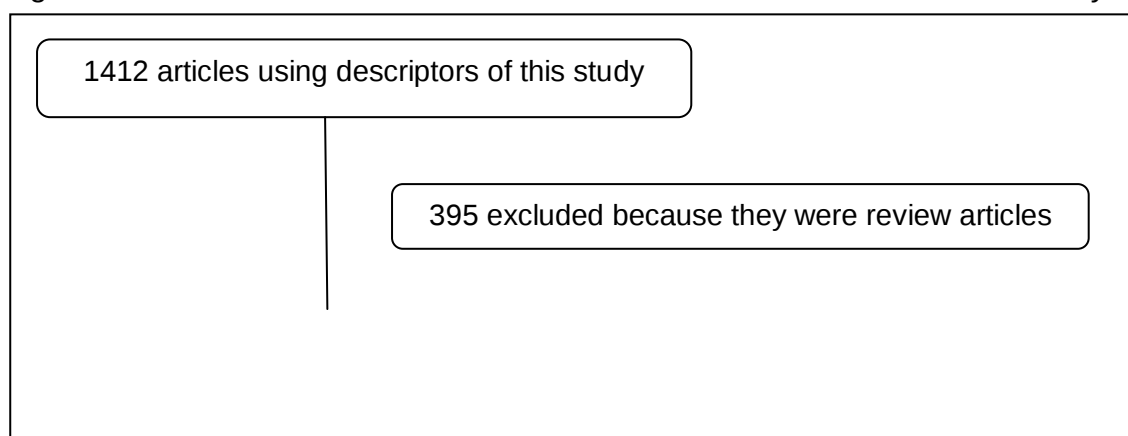
The descriptors used were: “mental disorders”, “women”, “pregnancy” and “infant”. The articles included were those which addressed common mental disorders in pregnancy and used appropriate questionnaires. Other mental disorders were excluded.

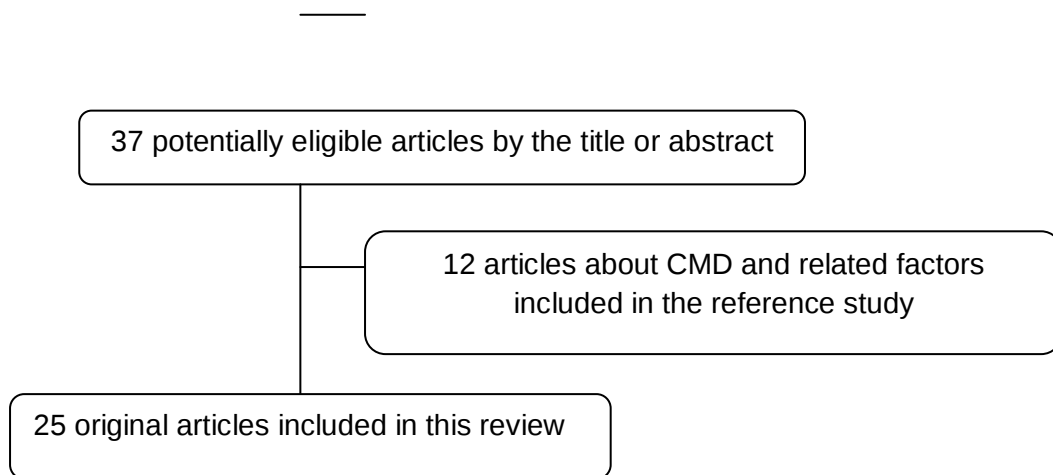
There was no limit to the year of publication, but the research was restricted to English, Portuguese and Spanish language publications. Only studies involving human beings were included.

RESULTS

One thousand four hundred and twelve articles were initially found using the descriptors and the parameters outlined above, between the years 1975 to 2010. The titles and the abstracts of these were consulted and, when necessary, the full article was read. Three hundred ninety-five articles were excluded because they were already review articles. The other, thirty-seven articles were selected because they included in the title studies about the CMD and related topics. Twenty-five articles were obtained directly from the databases and twelve articles by manual search. Finally, twenty-five articles were included specifically to study the CMD in pregnancy and CMD related to infants and/or obstetric outcomes (figure 1). The description of the final articles is summarized in Tables 1 and 2.

Figure 1. Flowchart of the selection of the articles included in this review study





Common mental disorders in pregnancy

Although attention has focused mainly on the postpartum period, the prevalence of mental disorders appears to be at least as high during pregnancy¹². For instance, while 9% of women had a score indicating possible depression 8 weeks after delivery, 14% had a probable depression score after 32 weeks of pregnancy².

Common mental disorders are also frequent in pregnancy¹³. Up to around three years ago, most studies found a prevalence of 20% for CMD in pregnancy, similar to that found in women in general.^{3,14,15} However, in the literature, we found that the frequency currently varies from 12 to 43% for CMD during pregnancy, both in low- and middle-income countries and in those with high incomes. One of the reasons for this variation may be the different instruments used to assess CMD.

CMD is considered to be important as a significant predictor of postpartum depression. A prospective longitudinal study in a community in

England analyzed the course of anxiety and mood disorders during pregnancy and postpartum¹². This study found that anxiety in pregnancy predicted a significant portion of increased depression during the postnatal period. The effect was stronger for anxiety at 32 weeks of gestation than at 18 weeks, and two thirds of women who reported anxiety in the postnatal period had experienced anxiety in pregnancy. Again in England, a controlled cohort study compared women's mental health before, during, and after pregnancy with a control group of non-pregnant women¹⁶. They found no differences in prevalence and incidence of common mental disorders between the study and control groups. However, the presence of common mental disorders before pregnancy or in early pregnancy predicted common mental disorders in the postpartum period. A Swedish study found a prevalence of major maternal depression in 3.3% of patients and minor maternal depression in 6.9%. Anxiety disorders were found in 6.6%⁶. Women with psychiatric disorders had significantly more somatic symptoms and more pronounced fear of childbirth. Another peculiarity of mental disorders in pregnancy is that only a small percentage are diagnosed and treated in a timely fashion. The same study showed that, of those diagnosed, only 5.5% received some kind of treatment⁶. This problem of under-diagnosis and consequent under-treatment were the warning signs that prompted Goldberg & Huxley to propose the concept of common mental disorders.

The model proposed by these authors regards the concept of common mental disorders as involving the entire context of the individual. Occupational status, social support, family support, socio-economic level and stressful events

are factors that influence the emergence of common mental disorders. The determination of the duration and intensity of the episode involves CMD's biological mechanisms and the psychological and environmental conditions of each individual¹. This way of researching the environmental context of CMD is present in the methodology of the studies cited. The reason for investigating common mental disorders in pregnant women is that, since pregnancy is a period of physiological adjustment, psychological and social factors may leave women more vulnerable to developing such disorders. CMD have been studied in low- and -middle-income countries - LAMIC, where the economic conditions increase women's vulnerability, and it has been found that the prevalence here is similar to that reported by studies carried out in developed countries.¹⁷ A prospective study in Ethiopia investigated the prevalence of CMD during the perinatal period and its persistence during postpartum¹⁸. It found that 21.9% had CMD at some point during the perinatal period, and this persisted in 4.1% of women into the first year postpartum, while 9.3% had a CMD at some point during the postnatal period. Other Ethiopian studies have found a variation in frequency of CMD during pregnancy from 12 to 33%, all of which used the self-report questionnaire (SRQ) ^{7,19,20}.

On the other hand, a Brazilian study assessing the prevalence of CMD using a structured interview (CIS-R), found a frequency of 20.2% in pregnant women⁴. The most common psychiatric symptoms were "worries" (34.3%), followed by "irritability" (33.3%) and "anxiety" (33.3%). The co-occurrence of symptoms of depression and anxiety was high, with 69% of women with depressive symptoms also showing symptoms of anxiety, and 51% of the

women testing positive for anxiety symptoms also showing symptoms of depression. Another Brazilian study, conducted in the city of São Paulo among adolescents found a prevalence of CMD of 24.3% in adolescents up to 12 months postpartum. This study used a non-structured interview⁸. The results confirmed that CMD is highly prevalent during pregnancy, affecting at least one in five Brazilian women of lower socio-economic status, and showed that it usually goes unrecognized and untreated. Other studies in Brazil using SRQ-20 have found a prevalence of over 40% for CMD during pregnancy and in pregnant woman who tried to abort^{21,22}. As observed in low-income countries, some studies assessing psychiatric morbidity among pregnant women in developed countries also found CMD to be undiagnosed and untreated in a significant number of patients^{6,23,24,25}.

CMD in pregnancy and infant outcomes

Many studies have attempted to investigate the association between mental disorders during pregnancy and effects on the infant. But the results still tend to be conflicting. As is known, low birth weight in term pregnancies is a marker of intrauterine growth restriction and can result in high levels of maternal steroids during the prenatal period⁵. As maternal stress results in increased levels of cortisol, this would suggest the hypothesis that psychological symptoms during pregnancy could lead to restriction of intrauterine growth. Common mental disorders have thus been widely studied as a factor predicting changes in birth and child development²⁶. However, as the concept of CMD involves the socio-demographic context, analysis of the results should

distinguish between low- and middle-income countries on the one hand and developed countries on the other.

Low and middle income countries.

Positive outcomes. A cohort study in India found that maternal CMD was associated with a higher risk of low birth weight¹¹. However, this study did not analyze some confounding factors such as maternal nutritional status and real length of pregnancy. One of the authors had already, in 2004, identified a positive association between maternal CMD and infant growth in South Asia¹⁰. In Pakistan, a study evaluated the effect of maternal CMD in pregnancy on the nutritional status of children from a population-based prospective cohort and this study also showed that CMD in pregnancy significantly affects the nutritional status of children at 6 and 12 months of age³¹. In Bangladesh, a study found that maternal CMD was only associated with infant malnutrition at 12 months and not six months¹⁰. In another study in India and Vietnam there was a relation between high maternal CMD and poor child nutritional status after adjustment for all potential confounders²⁰. In sub-Saharan Africa, using adjusted multivariable models, a study found that maternal symptoms of mental disorders were associated with both overall development and most development sub-scales, with the exception of language²⁸. However, given that the LAMIC form a heterogeneous group, this hypothesis requires further confirmation.

On the other hand, authors from Ethiopia have investigated the association of CMD with the risk of key diseases of early childhood, such as diarrhea, fever and acute respiratory infections (ARI) ¹⁹. Persistent symptoms of

perinatal CMD were associated with increased risk of infant diarrhea in a fully adjusted model, although there was no association with ARI or fever after adjustment for confounding factors. Other studies have found similar associations with episodes of childhood diarrhea and other diseases in Nigeria, although none of these studies were adjusted for confounding factors³⁰. Possible mechanisms underlying the association have been postulated, but not systematically investigated.

Negative outcomes. Various studies disagree on the results in Ethiopia. A prospective study with 1,065 women in the third trimester of pregnancy, recruited from the rural population of Ethiopia, investigated the effect of maternal CMD on child malnutrition²⁷. The prevalence of CMD was 12% during pregnancy and 5% two months postpartum. There were no other statistically significant differences in the prevalence of underweight or stunted children in mothers with high levels of CMD compared with those with low levels. The association between CMD and child nutritional status was not significant after adjustment for pre-specified potential confounding factors. Another Ethiopian study also found no association between symptoms of prenatal CMD and the development of infant birth weight. Furthermore, there was no evidence of any effect of antenatal CMD on cognitive or language development¹⁸. In LAMIC as whole, other authors using a prospective cohort have also found that no psychosocial stressors were associated with lower mean birth weight⁷.

Developing and developed countries.

Positive outcomes. In developing and high-income countries, there are also conflicting results³². A study conducted in France with 634 pregnant women

concluded that symptoms of anxiety and depression, in combination with specific biomedical factors, were associated with spontaneous preterm birth³⁶. In Brazil, another longitudinal cohort study in the city of Jundiaí, in the State of São Paulo, found an association between stress during pregnancy and LBW and PTB. This study used the General Health Questionnaire (GHQ-12)—which is a non-structured interview—to evaluate CMD. In a large cohort study carried out in England to investigate the association between symptoms of depression and anxiety in pregnancy with low birth weight found that the association between LBW and depressive symptoms is weaker when adjusted for confounders³⁷.

Negative outcomes. In Brazil, the first prospective study using the structured Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R) in a large city in Latin America found no association between CMD during pregnancy and preterm birth (PTB) or low birth weight (LBW), even after adjusting for possible confounders, such as the number of pregnancies, smoking and age of mother³³. Even though the prevalence of CMD in pregnancy was high (33.6%), affecting one third of all pregnant women, no association was found between CMD and adverse obstetric outcomes. In Sweden, another study found no differences in birth outcomes, postpartum and newborn health, and no significant association between maternal depression or anxiety and low birth weight or preterm birth³⁴. A much larger study in Scandinavia covering 1,795 pregnant women also found no significant differences in any of the traits among the newborns of women with depressive and/or anxiety disorders compared with newborns of women without this diagnosis³⁵.

Table 1 – Prevalence of CMD in pregnancy

Authors	Setting	Prevalence %	Sample Size	Instrument
				Used
Araya et al, 2001	Chile	26.7	3870	CIS-R*
Araújo, 2005	Brazil	39.4	2055	SRQ-20**
Bussel et al, 2006	England	24.7	324	GHQ-12 [†]
Harpham et al, 2005	India	30.0	1823	SRQ-20
Harpham et al, 2005	Peru	30.0	1949	SRQ-20
Harpham et al, 2005	Vietnam	21.0	1570	SRQ-20
Harpham et al, 2005	Ethiopia	33.0	1722	SRQ-20
Ferri et al, 2007	Brazil	24.3	930	CIDI ^{††}
Faisal-C et al, 2009	Brazil	20.2	868	CIS-R
Hanlon et al, 2009	Ethiopia	12.0	1065	SRQ-20
Ishida et al, 2010	Paraguay	33.6	6538	SRQ-20
Ludermir et al, 2010	Brazil	43.1	1121	SRQ-20
Silva et al, 2010	Brazil	41.4	1340	SRQ-20
Ross et al 2010	Ethiopia	13.8	1065	SRQ-20
Servili et al, 2010	Ethiopia	21.9	1065	SRQ-20

*CIS-R - Clinical Interview Schedule - Revised Version

**SRQ-20 - Self Report Questionnaire

[†]GHQ-12 – General Health Questionnaire

^{††}CIDI- Composite International Diagnostic Interview

Table 2 – CMD in pregnancy and infant and/or obstetric outcomes

Authors	Setting	Result for the association of CMD with				
		low birth weigh	preterm birth	diarrhea	cognition	development global
Low and middle income countries						
Humphreys et al, 1996	Nigeria			positive		
Rahman et al 2002	Pakistan	positive				
Patel, 2004	South Asia	positive				
Harpham et al, 2005	India/Vietnam	positive				
Patel & Prince, 2006	India	positive				
Hadley et al 2008	Africa					positive
Ross et al, 2010	Ethiopia			positive		
Hanlon et al, 2009	Ethiopia	negative				
Medhin et al, 2010	Ethiopia	negative				
Servili et al, 2010	Ethiopia				Negative	
Developing and developed countries						
Rondo' et al, 2003	Brazil	positive	positive			
Adewuya et al, 2008	Chile			positive		
Larsson et al, 2004	Sweden	negative	negative			
Evans et al, 2007	England	negative				
Faisal-C et al, 2010	Brazil	negative	negative			

DISCUSSION

There is a consensus that common mental disorder is a risk factor for developing depressive and anxiety symptoms in the postpartum period and with regard to the prevalence of maternal CMD². It is important to study whether the correct identification of CMD in pregnant women, followed by effective treatment would help reduce the risk of postnatal depression⁴.

In discussing the results for the association between CMD in pregnancy and pediatric and/or obstetric outcomes it is important to emphasize two points: the inconsistencies in the results, owing to the use of different research methodologies; and the specific features of each country studied. Differences in methodology included: the use of self-response questionnaires versus structured interviews, different cut-off points, adjustment or not for confounding factors, distinct periods of maternal CMD, and the pediatric parameters used.

More sophisticated studies tend to produce more negative results for the effect of CMD on the infant. Studies that used a structured interview, adjusted for confounding factors, and covered various stages of pregnancy found more negative results for the association between CMD and child development.

Other disparities between studies may be explained by the range of different settings, with different cultures, socio-economic status, different health systems and profiles of maternal and child health between developing and developed countries⁷. Studies in low- and middle-income countries have tended to show that the prevalence of maternal CMD is higher during pregnancy than in the postnatal period, underlining the importance of analyzing the impact of prenatal CMD^{18,19,27,30}. In developing countries, factors such as low socio-economic status, less social support, and inadequate medical care have a greater impact on the emergence of mental disorders in mothers and the effects of these on obstetric and perinatal parameters. More studies reporting positive results for the impact of CMD on low preterm and birth weight were therefore found in low-income countries. Furthermore, in sub-Saharan Africa, the coverage of health services is poor, which means that clinic-based studies cover a restricted selection of the population, which may lead to bias,

since women who seek help because a child is malnourished and sick may be more likely to be psychologically stressed ³¹.

In higher-income countries, on the other hand, the negative impact of CMD on infants was lower, which may indicate better health conditions on the part of the mother and more health-care opportunities for the infant. Further investigation of the impact of the chronicity of maternal CMD on child development, comparing low and middle income countries and high income countries are needed. In the case of Ethiopia, poverty, interpersonal violence and infant malnutrition should be targeted for intervention to reduce the loss of development potential in the child. Few studies have addressed the impact of ethnic differences on perinatal mental health problems.

However, the consensus is that primary care professionals responsible for prenatal health should receive training regarding the relevance and management of CMD. Such action can have a huge impact on public health and contribute to improving the quality of life for millions of women and their children.

REFERENCES

1. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders: A Biopsychosocial Approach. London: Routledge; 1992
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Brit Med J*. 2001;323(7307):257-60
3. Araújo TM, Pinho PS; Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Materna Infantil*. 2005: v.5 n.3.

4. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2009; 12:335–343.
5. Austin MP, Leader L. Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *Aust N Z J Obstet Gynecol*. 2000 Aug;40(3):331-7
6. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:148–154
7. Hanlon C, Medhin G, Alem A, Tesfaye F, Lakew Z, Worku B et al. Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: the P-MaMiE population-based cohort study. *Trop Med Int Health*. 2009; 14(2):156–166.
8. Ferri C, Mitsuihiro S, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007 Aug 16; 7:209.
9. Rondó PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57:266–272
10. Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: New evidence from South Asia. *British Medical Journal*. 2004; 328(7443):820-823

11. Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth weight in India. *Br J Psychiatry*. 2006;168:284–285
12. Heron J, O'Connor TH, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80:65–73
13. Beusenbergh M, Orley J. A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). WHO Division of Mental Health. 1994:1-73
14. OMS (Organização Mundial da Saúde). Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001
15. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008; 35(4):144-53
16. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's Mental Health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort Study. *Birth*. 2006; 33(4):297-302.
17. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychol Med*. 2008;38:221–228
18. Servili C, Medhin G, Hanlon C, Tomlinson M, Worku B, Baheretibeb YM et al. Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*. 2010; 10:693.
19. Ross J, Hanlon C, Medhin G, et al. Perinatal mental distress and infant morbidity in Ethiopia: a cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2010 Nov; 1-6.

20. Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59:1060–1064
21. Silva R, Ores L, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro. 2010; 26(9):1832-1838
22. Ludermit AB, de Araújo TV, Valongueiro SA, Lewis G. Common mental disorders in late pregnancy in women who wanted or attempted an abortion. *Psychol Med*. 2010; 40(9):1467-73.
23. Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10:25–32
24. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry*. 2001; 23:107-13.
25. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry*. 2001;178:228–233
26. Dole N, Savitz A, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol*. 2003;157:14–24
27. Medhin G, Hanlon C, Dewey M, Alem A, Tesfaye F, Lakew Z et al. The effect of maternal common mental disorders on infant undernutrition in Butajira, Ethiopia: The P-MaMiE study. *BMC Psychiatry*. 2010;10:32

28. Hadley C, Tegegn A, Tessema F, Asefa M & Galea S. Parental symptoms of common mental disorders and children's social, motor, and language development in sub-Saharan Africa. *Annals of Human Biology*. 2008; 35(3): 259–275
29. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JA. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disorder*. 2008; 108:191–3.
30. Humphreys D, Araya M, Cruchet S, Espinoza J, Brunser O. Maternal neurotic symptoms and infants' risk of developing persistent diarrhoea. *Rev Saude Publica*. 1996; 30:213–17.
31. Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child Care Health and Development*. 2002; 28(1):51-56.
32. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birth weight in a developing country. *Acta Psychiatr Scan*. 2007; 115:481–486.
33. Faisal-Cury, A, Araya R, Menezes P, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010; 1–7.
34. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, socio-demographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2004;104(3):459-66
35. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol*. 2004;159:872–881

36. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol.* 2002;155:293–301
37. Evans J, Heron J, Patel RR, Wiles N. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 2007;191:84–85

3. MÉTODOS

- Local do estudo: O estudo foi conduzido na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), localizada na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, unidade esta de Atenção Terciária sendo a referência do Estado para o serviço de pré-natal de alto risco, portanto onde foram recrutadas as gestantes de alto risco.
- Escolha da estratégia e do método escolhidos: Realizado um estudo tipo transversal o qual responde a prevalência do conceito estudado, o Transtorno Mental Comum, em uma determinada população, gestantes incluídas para critérios de alto risco (segundo as normas do Ministério da Saúde)⁴, comportando o método quantitativo.
- Definição dos sujeitos que constituem a população alvo: Foram entrevistadas gestantes que preencheram critérios de risco reprodutivo (alto risco) segundo as normas técnicas do Ministério da Saúde que define como critérios de inclusão para a gravidez atual:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

2. História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;

- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Cirurgia uterina anterior;
- Macrosomia fetal.

3. Intercorrências clínicas crônicas:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo;
- Epilepsia;
- Infecção urinária;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

4. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

- Estas pacientes foram encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde e confirmadas como sendo de alto risco depois de submetidas ao processo de triagem médica do pré-natal de alto risco da MEJC.

- Foram incluídas pacientes a partir de 18 anos, alfabetizadas e de variados níveis socioeconômicos, encaminhadas tanto da capital como do interior do Estado.

- Foram excluídas pacientes menores de 18 anos por necessitarem de acompanhamento do responsável segundo as normas do Comitê de Ética em Pesquisa, porém, grande parte das menores encontrava-se desacompanhada à consulta de pré-natal. Foram excluídas também pacientes que estivessem em tratamento psiquiátrico na gravidez atual.
- Amostra: tipo aleatória simples. Foi utilizada uma população infinita, com a prevalência de transtorno mental comum na população de 20%, precisão absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, sendo encontrado um tamanho amostral de 246 participantes.
- Métodos de coleta dos dados: Foram colhidas informações sobre dados pessoais, sociodemográficos e familiares através da construção de um questionário geral, a fim de se avaliar um perfil dessa população estudada e fornecer as variáveis do estudo. O transtorno mental comum foi verificado aplicando-se o *Self Reporting Questionnaire* - SRQ-20.
 - O SRQ foi um questionário desenvolvido para a identificação de transtorno psiquiátrico na atenção primária. O SRQ foi desenvolvido por HARDING ET al. (1980) sendo reconhecido e validado em vários países como um instrumento de comprovada confiabilidade e validade¹⁷. No Brasil MARI & WILLIAMS (1985) validaram o instrumento e o reconheceram como bom critério de validade. O SRQ-20 é composto por 20 questões sobre sintomas físicos e psíquicos o qual pode ser respondido por auto-resposta ou por entrevistador treinado para o questionário através de respostas dicotômicas “sim” e “não”. Em nosso estudo foi utilizada a forma de auto-resposta pelas participantes. Quanto ao escore utilizado, seguimos o sugerido pelo autor do instrumento de maior ou igual a 7 pontos positivos, padrão encontrado na maioria dos estudos.
 - As pacientes foram convidadas a responder ao questionário enquanto aguardavam a consulta de pré-natal no ambulatório de alto risco da MEJC.
- Definição das variáveis: Foram consideradas relevantes para análise do estudo as variáveis sócio-demográficas e sócio-ocupacionais (idade, estado civil, escolaridade, renda, ocupação) e maternas (trimestre da gestação, tipo de risco reprodutivo, planejamento da gravidez, número de gestações de risco anteriores,

história de transtorno mental pessoal e familiar). Além das variáveis compostas por cada sintoma do SRQ e os grupos de sintomas em quatro dimensões com transtorno mental comum positivo (Iacaponi).

- Tradução e adaptação do questionário: foi realizada a tradução do PPRQ segundo sugestão de protocolo por MARI JJ²³. Dois profissionais de saúde mental que dominavam a língua inglesa realizaram a tradução para o português de forma independente; posteriormente a tradução em consenso foi retrotraduzida por professor de inglês e em seguida comparada ao questionário original. A versão final retrotraduzida foi encaminhada para avaliação da autora do instrumento, a qual não considerou nenhuma diferença relevante. Assim, o instrumento foi finalizado e seguiu-se à aplicação na população em estudo. Para análise estatística foi utilizado o programa Data Analysis and Statistical Software (STATA 10) medindo o alfa de Cronbach e as demais análises necessárias para a avaliação da confiabilidade do instrumento.
- Análise dos dados: utilizou-se o programa STATA 10 para análise dos seguintes resultados: prevalência do TMC com escore maior ou igual a 7; análise da prevalência de cada sintoma contido no SRQ e sua correlação com o TMC positivo; análise das variáveis que caracterizam a amostra contidas no questionário geral correlacionadas ao TMC positivo; medida da consistência interna do PPRQ para avaliar sua confiabilidade.

4. RESULTADOS (artigos originais)

4.1. Transtorno Mental Comum em gestantes de alto risco

Paula Adriana Borba Rodrigues¹, Kenio Costa Lima², Carla Fonseca Zambaldi³
Amaury Cantilino⁴, Everton Botelho Sougey⁵

¹ Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE

² Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, UFRN, Natal, RN

³ Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE

⁴ Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE, Recife, PE

⁵ Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE, Recife, PE

Correspondência: Paula Borba. Rua Otavio Lamartine, 441, Petrópolis, Natal, RN, CEP:59020-050. paulaaborba@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A gestação é um período da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psicológicas e de atuação sócio-familiar que terminam por refletir em sua saúde mental. Na gestação de alto risco é suposto que uma tensão maior esteja presente por, além do estresse e ansiedade vivenciais a gravidez, existe o risco de vida para si ou para o bebê. Diante disso as grávidas de alto risco possam estar mais sujeitas ao adoecimento psíquico. **Objetivo:** Verificar a frequência de sintomas psiquiátricos, na forma do conceito de Transtorno mental comum (TMC), em gestantes de alto risco. **Métodos:** um estudo descritivo transversal foi conduzido com 242 gestantes que preencheram critérios de alto risco atendidas no serviço de pré-natal da Maternidade Escola Januário Cicco, em Natal/RN. A prevalência média do TMC utilizado foi de 20% para obtenção da amostra, com intervalo de confiança de 95% e 5% de erro amostral. **Resultados:** A frequência encontrada de TMC foi de 63,2% nas gestantes de alto risco. Os sintomas predominantes foram: “sentir-se

nervosa, tensa ou preocupada” (81%), “dificuldade para realizar com satisfação as atividades diárias” (76,5%), “sentir-se cansada o tempo todo” (80,4%) e “cansar com facilidade” (84,3%), “dor de cabeça” (66,6%, n=102), “dorme mal” (68,6%, n=105), “assusta-se com facilidade” (66%, n=101), “sentir-se triste” (65,3%, n=100), “chorado mais” (60%, n=91) . Conclusão: Foi observada uma frequência de sintomas psiquiátricos em gestantes de alto risco aparentemente maior aos dados na literatura sobre TMC em gestantes sem risco, o que instiga a seguir a pesquisa neste tema a fim de se obter dados mais acurados sobre o impacto de uma gravidez de risco.

Descritores: transtorno mental, gravidez, alto risco, mulheres

INTRODUÇÃO

A gestação é um período da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psicológicas e de atuação sócio-familiar que terminam por refletir em sua saúde mental¹. A gravidez de alto risco é uma condição de maior probabilidade de comprometimento à saúde ou de significativo risco materno ou fetal². Portanto, supõe-se que na gestante de alto risco um comprometimento psicológico maior esteja presente por, além do estresse e ansiedade vivenciais a gravidez, existe o risco de vida para si ou para o bebê. Diante disso as grávidas de alto risco possam estar mais sujeitas ao adoecimento psíquico³. Vários autores argumentam que os fatores físicos e emocionais influenciam as modificações psicoafetivas da gestante e, assim, são comuns os receios relativos ao parto e estado do bebê ao nascer, de perdas e malformações, prematuridade, enfim, de que a gestação não alcance um bom resultado^{1,3}. No entanto, poucas pesquisas ainda são encontradas sobre o assunto devido ao número de variáveis implicadas neste conceito de alto risco, sendo mais encontrados estudos direcionados a um tipo de risco específico.

O sofrimento mental, de uma forma mais geral, pode ser avaliado segundo o que se conceituou Transtorno mental comum (TMC). Esse conceito desenvolvido por Goldberg & Huxley (1992) engloba manifestações somáticas e psíquicas gerais que podem expressar uma natureza depressiva, ansiosa ou dissociativa, que podem passar despercebidas, mas que merecem alguma intervenção terapêutica⁴. O TMC tem sido muito utilizado em estudos com mulheres, inclusive grávidas. Mostrou-se confiável e de boa aplicabilidade, podendo auxiliar como instrumento na pesquisa de um sofrimento mental⁵.

Embora sejam predominantes os estudos no período pós-natal, é sabido que o sofrimento mental na gestação é fator de risco ou até mesmo um *continuum* para os transtornos no pós-natal⁶. As pesquisas, ainda promissoras no período pré-natal, especulam que os transtornos psiquiátricos neste período estejam sendo subdiagnosticados⁷. A gestante com transtorno mental pode apresentar um menor interesse em cuidar da sua saúde, ou em aderir ao pré-natal levando a uma diminuição da frequência às consultas, ou até de fazer maior uso de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas⁸. Cerca de 20% das gestantes apresentam fatores de morbidade e mortalidade que podem tornar a evolução da gestação desfavorável, constituindo o chamado grupo de alto risco⁶. Este grupo tem expectativas preocupantes quanto ao desfecho da gestação tornando-o mais vulnerável aos fatores de risco para o adoecimento mental. Muitas mulheres não chegam a preencher critérios diagnósticos, como por exemplo, para depressão, no entanto apresentam sintomas proeminentes de incapacidade funcional que podem ser enquadrados no Transtorno mental comum (TMC). Avaliar se há sofrimento mental nessas gestantes é ter a oportunidade de intervir precocemente e evitar mais um

fator desfavorável diante de tantos já envolvidos no comprometimento da relação mãe-feto ou no desenvolvimento da criança. Tendo a hipótese de que haveria um sofrimento mental maior nas gestantes de alto risco este estudo procurou averiguar a frequência de sintomas psiquiátricos na forma do transtorno mental comum neste grupo. Encontra-se a prevalência do transtorno mental comum na população geral variando de 7% a 26%, sendo no sexo feminino mais elevado (20%) do que no masculino (12,5%)⁹. Nas gestantes, encontra-se uma prevalência a partir de 12%¹⁰ até 41%¹¹ de TMC, observando-se uma média de 20%, semelhante a das mulheres na população geral⁹. Dados sobre a frequência do aparecimento de TMC especificamente em gestantes de alto risco não foram encontrados na literatura após busca ativa nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, SCIELO e LILACS.

Nas pessoas com transtorno mental comum observa-se uma maior busca por serviços de saúde, mais queixas de saúde física e repercussões negativas em outras esferas da vida⁸. Deve-se considerar que muitas pessoas nem chegam a expressar essas queixas ou não compreendem que sejam motivo de tratamento. Para o grupo de gestantes de alto risco, queixas como alterações no sono, apetite, cansaço, nervosismo, preocupação, podem ser vistas como compreensíveis ao estado gravídico, não as reconhecendo como fatores de um possível transtorno mental. Entender, então, a associação entre transtorno mental comum e gestantes de alto risco possibilitará intervenções precoces nesta importante fase reprodutiva da mulher, contribuindo com a melhoria da qualidade da gestação e provavelmente prevenindo intercorrências desfavoráveis ao binômio mãe-feto.

MÉTODOS

Desenho do estudo.

Foi realizado um estudo transversal de prevalência no período de janeiro a maio de 2011 com mulheres grávidas recrutadas do serviço público de pré-natal de alto risco na cidade de Natal, RN, Brasil. As gestantes participantes vieram encaminhadas de outras unidades básicas de saúde, tanto da capital como de outras cidades do Estado, para a Maternidade Escola Januário Cicco, referência do Estado para o serviço de pré-natal de alto risco. Para que as gestantes se enquadrassem no serviço de pré-natal de alto risco, as mesmas eram submetidas a uma triagem médica e avaliadas segundo os critérios de risco reprodutivo do Ministério da Saúde².

Partindo da prevalência média de TMC de 20% na gestação, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, foi estimada a amostra de 246 mulheres grávidas para o estudo. Após uma perda de 05 mulheres, as quais não completaram o questionário em virtude de serem chamadas à consulta obstétrica do pré-natal, finalizamos com a amostra de 241 participantes.

Exposição principal.

O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar a presença do transtorno mental comum. Esse é um instrumento que tem sido comumente utilizado nos cuidados básicos de atenção à saúde, com boa confiabilidade e validade¹². O SRQ é composto de 20 itens englobando queixas físicas, sintomas depressivos e ansiosos. O SRQ foi validado no Brasil e amplamente empregado nos estudos na população em geral e em mulheres grávidas⁵. Ainda no Brasil foi realizado um agrupamento de seus sintomas em quatro dimensões: humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos¹³. O escore para a presença do TMC utilizado foi de ≥ 7 pontos⁴.

Variáveis gerais.

Aspectos sócio-demográficos e biomédicos foram acessados através da elaboração de um questionário geral. Este incluiu idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão, ocupação e renda quanto aos aspectos sociais. Informações sobre o estado maternal incluíram mês de gestação, critério de risco reprodutivo, paridade, número de gestações de risco, planejamento da gravidez, contato com o pai da criança, história de transtorno mental pessoal e familiar. A seleção da amostra foi aleatória, com participantes das diversas classes sociais e originárias de várias regiões do Estado.

Procedimentos.

As mulheres grávidas que aguardavam a consulta do pré-natal de alto risco eram convidadas a participar do estudo. Aquelas que aceitavam eram esclarecidas quanto aos procedimentos do estudo e solicitadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) onde havia todas as informações da pesquisa. Em seguida eram entrevistadas pela pesquisadora do estudo quanto às informações do questionário geral e posteriormente solicitadas à auto-resposta do Self Reporting Questionnaire. A coleta de dados só se iniciou após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco.

Análise estatística.

Foi estudada a relação da variável principal, ou seja, a presença de TMC, e as demais variáveis através do programa estatístico STATA 10.0 (Data Analysis and Statistical Softwar). A significância de cada variável e a associação ao TMC foi calculada através da análise multivariada, expressada pelo p-valor ($<0,05$), OR e intervalo de confiança de 95% de cada variável.

RESULTADOS

Perfil demográfico. As características sociodemográficas, socioeconômicas, história obstétrica e antecedentes patológicos apuradas nas entrevistadas estão demonstradas na tabela 1.

Na análise multivariada, o TMC esteve associado ao estado civil e ao planejamento da gravidez (tabela 1). A condição de solteira (88,2%, $p=0,03$) e o fato de não ter havido planejamento da gravidez (74%, $p<0,001$) sugeriram associações significativas com o TMC. Esses dados se enquadram no contexto do TMC em que condições sociais desfavoráveis, falta de apoio familiar ou falta de apoio do parceiro são preditores para o transtorno mental⁴. Idade, mês de gestação, escolaridade, ocupação, condição de renda, tipo do risco reprodutivo, transtorno mental anterior e transtorno mental familiar se mostraram associações independentes ao TMC.

Prevalência do transtorno mental comum. A prevalência de transtorno mental comum encontrada na gestação de alto risco foi de 63,2% ($n=153$). Os principais sintomas referidos nas gestantes com TMC foram: “sentir-se nervosa, tensa ou preocupada” (81%, $n=124$), “dor de cabeça” (66,6%, $n=102$), “dorme mal” (68,6%, $n=105$), “assusta-se com facilidade” (66%, $n=101$), “sentir-se triste” (65,3%, $n=100$), “chorado mais” (60%, $n=91$), “dificuldade para realizar com satisfação as atividades diárias” (76,5%, $n=117$), “sentir-se cansada o tempo todo” (80,4%, $n=123$) e “cansar com facilidade” (84,3%, $n=129$) (figura 1). Os sintomas menos referidos foram “idéias de acabar com a vida” (18,3%, $n=28$) e “sentir-se inútil” (15,7%, $n=24$) (figura 1). A distribuição dos sintomas relacionados à presença ou ausência do TMC está apresentada na tabela 2.

DISCUSSÃO

Até o presente momento, especificamente um estudo com gestantes com vários riscos reprodutivos e a presença de transtorno mental comum não parece haver na literatura (busca ativa pelas bases de dados PUBMED/MEDLINE, SCIELO e LILACS). Encontrou-se neste estudo a frequência de 63,2% de transtorno mental comum em gestantes de alto risco. A frequência encontrada parece ser relativamente maior que as frequências de TMC em gestantes sem risco, visto que as prevalências de TMC em gestantes sem riscos são em média na literatura de 20%^{9,14,16}. Dois terços das gestantes apresentaram transtorno mental comum, com significantes sintomas ansiosos e depressivos. O estudo sugere a hipótese de que por ser uma gestação com maior preocupação ao desfecho da gravidez e dos resultados obstétricos e perinatais, a gestante de alto risco esteja mais vulnerável em apresentar alterações psicoafetivas. Em um estudo com gestantes portadoras de transtorno grave hipertensivo da gravidez, o autor reconhece que é um evento importante na vida da gestante o qual requer atenção clínica e psicológica. E afirma que há evidência de que complicações na gravidez têm uma influência significativa no desenvolvimento de distúrbios mentais e nas decisões reprodutivas¹⁷. Embora os estudos possam ter resultados ainda contraditórios, há sugestões documentadas de que fatores psicológicos podem acarretar complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, bem como para o conceito^{7,18}.

Ao longo do estudo vimos que muitas gestantes participantes não tiveram oportunidade de reconhecer e expressar suas queixas a algum profissional de saúde. Talvez esses sintomas perdurassem por toda a gravidez e fossem motivos

de modificações afetivas no puerpério. Os estudos mostram que um número ainda insatisfatório de gestantes recebe diagnóstico e tratamento adequados^{19,20,21}. Em um estudo na Suécia, o autor relata que apenas 5,5% dos transtornos psiquiátricos no terceiro trimestre de gravidez tiveram alguma forma de diagnóstico e tratamento²².

O presente estudo teve a oportunidade de avaliar o TMC em gestantes que vivenciavam os três trimestres de gestação. Há estudos relatando que a manifestação do TMC pode mudar durante a gravidez até o pós-parto^{12,13}. Em estudo na Inglaterra, por exemplo, observou-se uma ansiedade maior nas 32 semanas de gestação do que na 18ª semana, além de que dois terços que reportaram ansiedade no período pós-natal tinha experimentado ansiedade na gravidez¹³. No entanto, neste estudo não houve uma associação positiva do trimestre da gestação com a presença de TMC. Resultados mais acurados poderiam ser obtidos se o TMC fosse reavaliado também no puerpério.

A amostra se mostrou heterogênea quanto aos aspectos sócio-demográficos e sócio-econômicos, os quais são fatores que influenciam o transtorno mental comum⁴, proporcionando resultados mais confiáveis.

O presente estudo esperava encontrar uma frequência considerável de sofrimento mental na forma de transtorno mental comum em gestantes de alto risco, porém resultados mais acurados podem ser obtidos realizando estudo com grupo comparativo de gestantes sem risco, o que se pretende fazer posteriormente.

Alertando para a possibilidade de uma avaliação mais detalhada da saúde mental das gestantes, especificamente as de alto risco reprodutivo, com este estudo pode-se sugerir a necessidade de ampliar o olhar para um diagnóstico precoce e

adequada intervenção de sintomas psiquiátricos na gestação, oferecendo maior cuidado na relação do binômio mãe-bebê e em seu desfecho perinatal e obstétrico.

Sabendo que o transtorno mental na gestação é fator preditor para os transtornos mentais no puerpério e para modificações nos resultados infantis e obstétricos, faz-se relevante este estudo como iniciativa para seguimento de mais pesquisas na área reprodutiva da mulher.

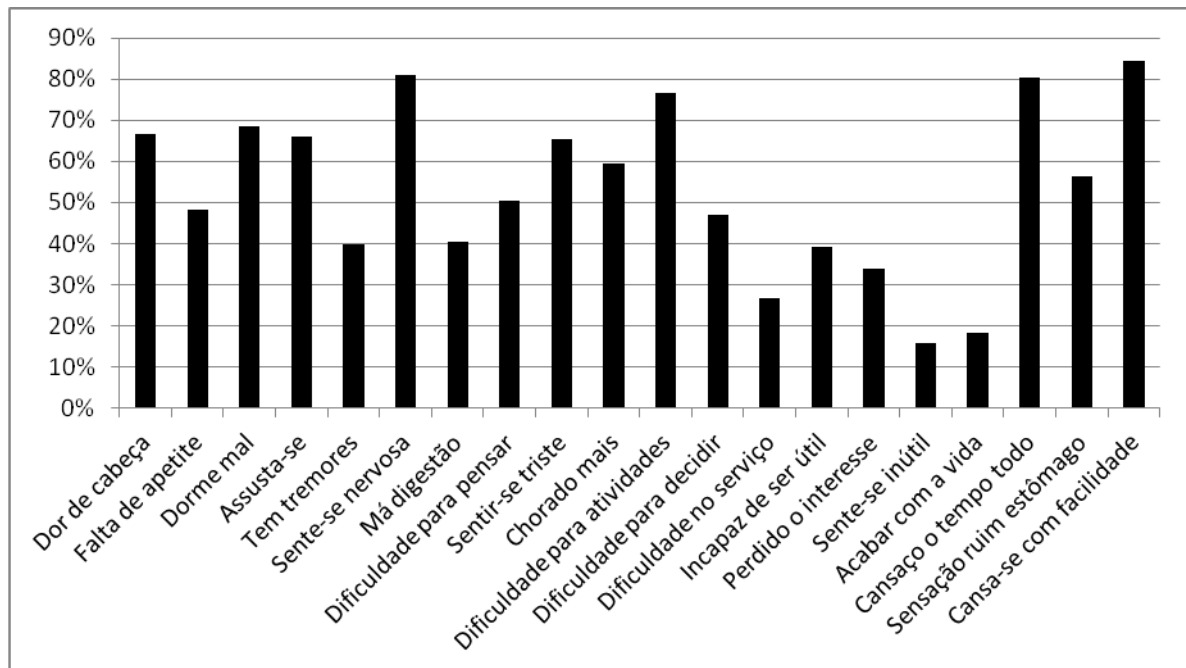
Tabela 1. Características sociodemográficas, socioeconômicas, história obstétrica e antecedentes patológicos dos casos positivos para TMC

VARIÁVEL	n	TMC Sim (≥ 7) n %	Valor de p
Idade			
18 a 29	157	100 (63,7)	P = 0,930
30 a 45	84	53 (63,1)	
Trimestre gestação			
1º	30	16 (53,3)	P= 0,233
2º	97	67 (69,1)	
3º	92	56 (60,9)	
Estado civil			
União estável	137	90 (65,7)	P = 0,030
Casada	87	48 (55,2)	
Solteira/divorcia	17	15 (88,2)	
Escolaridade			
1º grau inc/comp	88	58 (65,9)	P = 0,470
2º grau inc/comp	130	83 (63,8)	
superior	23	12 (52,2)	
Tem ocupação			
Sim	151	99 (65,6)	P = 0,390
Não	90	54 (60,0)	
Tem renda			
Sim	165	105 (63,6)	P = 0,710
não	72	44 (61,1)	
Planejamento			
Sim	114	59 (51,8)	P < 0,001
Não	127	94 (74,0)	
Risco			
Hist.reprod.ant	19	11 (57,9)	P = 0,740
Int.clin.cronica	166	108 (65,1)	
Dç.obstet.atual	51	31 (60,8)	
Nº de gravidezes de risco			
Nenhuma	171	108 (63,2)	P= 0,936
Uma	52	34 (65,4)	
Duas ou mais	18	12 (63,5)	
Trans. mental anterior			
Sim	68	49 (72,1)	P= 0,090
Não	169	102 (60,4)	
Trans. mental familiar			
Sim	119	73 (61,3)	P=0,442
Não	121	80 (66,1)	

Tabela 2. Distribuição dos sintomas quanto a presença ou ausência do TMC

VARIÁVEIS	TMC $\geq$ 7		OR (IC95%)
	sim n %	não n %	
1. Dor de cabeça	102(77,9)	51 (46,4)	4,069 (2,331 – 7,104)
2. Falta de apetite	74(86,0)	79 (51,0)	5,932 (2,986 – 11,786)
3. Dorme mal	105 (77,2)	48 (45,7)	4,022 (2,309 – 7,006)
4. Assusta-se	101 (77,7)	52 (46,8)	3,952 (2,266 – 6,892)
5. Tem tremores	61 (87,1)	92 (53,8)	5,820 (2,717 – 12,466)
6. Sente-se nervosa	124 (74,7)	29 (38,7)	4,683 (2,618 – 8,379)
7. Má digestão	62 (76,5)	91 (56,9)	2,474 (1,356 – 4,516)
8. Dificuldade para pensar	77 (90,6)	76 (48,7)	10,132(4,585 – 22,388)
9. Sentir-se triste	100 (82,6)	53 (44,2)	6,020 (3,328 – 10,888)
10. Chorado mais	91 (78,4)	62 (49,6)	3,699 (2,103 – 6,505)
11. Dificuldade para atividades	117 (80,7)	36 (37,5)	6,964 (3,885 – 12,485)
12. Dificuldade para decidir	72 (85,7)	81 (51,6)	5,630 (2,833 – 11,186)
13. Dificuldade no serviço	41 (45,4)	111 (57,8)	4,274 (1,825 – 10,012)
14. Incapaz de ser útil	60 (92,3)	93 (52,8)	10,710 (4,104 – 27,946)
15. Perdido o interesse	52 (92,9)	101 (54,6)	10,812 (3,756 – 31,125)
16. Sente-se inútil	24 (100)	129 (59,7)	1,674 (1,501 – 1,868)
17. Acabar com a vida	28 (100)	125 (59,0)	1,696 (1,516 – 1,898)
18. Cansaço o tempo todo	123 (84,8)	30 (31,6)	12,114 (6,472 – 22,674)
19. Sensação ruim estômago	86 (76,8)	67 (52,3)	3,011 (1,722 – 5,268)
20. Cansa-se com facilidade	129 (78,2)	24 (32,0)	7,615 (4,138 – 14,011)

Figura 1. Presença dos sintomas mais referidos pelas gestantes com TMC



REFERÊNCIAS

1. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. Rev Latino-am Enfermagem. 2004;12(6):899-904.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico pré-natal e puerpério. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2006.
3. Araujo A, Quayle J, Kahhale S, Souza MC. Um estudo sobre gestantes hipertensas e adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva. Rev Ginecol Obstet. 1998; 9(4):191-8.
4. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders: A Biopsychosocial Approach. London: Routledge. 1992

5. Mari JJ. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *Br J Psychol.* 1986; 148: 23-6.
6. Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA. Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(4): 635–643.
7. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saude Publica.* 2005; 39 (4): 612-8
8. Brewer NT, Weinstein ND, Cuite CL, Herrington JE. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine.* 2004; 27:25–130.
9. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude materna infantil.* 2005; 5 (3): 337-348
10. Hanlon C, Medhin G, Alem A, Tesfaye F, Lakew Z, Worku B et al. Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: the P-MaMiE population-based cohort study. *Trop Med Int Health.* 2009; 14(2):156–166.
11. Silva R, Ores L, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26 (9):1832-1838
12. Beusenbergh M, Orley J. A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). WHO Division of Mental Health. 1994:1-73

13. Mari, JJ, Iacoponi, E; Williams P; Simões O; Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 1987; 21 (6):501-7,
14. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's Mental Health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort Study. *Birth*. 2006; 33(4):297-30
15. Heron J, O'Connor TH, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80:65–73
16. OMS (Organização Mundial da Saúde). Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra. 2001.
17. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clin*. 2008; 35 (4): 144-53
18. Servili C, Medhin G, Hanlon C, Tomlinson M, Worku B, Baheretibeb YM et al. Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*. 2010; 10:693
19. Rep A, Ganzevoort W, Bonsel GJ, Wolf H, Vries JIP. Psychosocial impact of early-onset hypertensive disorders and related complications in pregnancy . *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(2):158.e1-6
20. Mäder CVN, Nascimento CL, Spada PV, Nóbrega FJ. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. *Rev Paul Pediatr*. 2002; 5: 236-40.
21. Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10:25–32

22. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:148–154
23. Mari JJ. Adaptação, validação e confiabilidade de instrumentos de pesquisa aplicados em Psiquiatria. In: Escola Paulista de Medicina; Departamento de Psicobiologia, Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. Escalas de avaliação para monitoração de tratamento com psicofármacos. Escola Paulista de Medicina. 1989; 21-38.

4.2

Adaptação para o português e estudo de consistência interna do *Perception of Pregnancy Risk Questionnaire*

Paula Borba Rodrigues¹, Amaury Cantilino², Carla Fonseca Zambaldi³, Kenio Costa Lima⁴, Everton Botelho Sougey⁵

¹ Mestranda, Pós-graduação em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco

² Professor, Pós-graduação em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco

³ Doutora, Pós-graduação em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco

⁴ Coordenador, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

⁵ Coordenador, Pós-graduação em Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco

Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cidade Universitária - Recife - PE. CEP: 50670-901 Fone: +55 81 21268539.

Correspondência: Paula Borba. Rua Otávio Lamartine, 441, apto 200, Petrópolis. Natal, RN. Tel:55-84-3211-3546. Email: paulaaborba@hotmail.com

RESUMO

Contexto: Poucos artigos têm focado as mulheres grávidas em risco, a expectativa quanto ao nascimento, o impacto emocional desta percepção de risco e como agir com as próprias percepções. Recentemente é que surgiu um instrumento com o propósito de avaliar a percepção geral de risco durante a gravidez. A tradução e a adaptação são o primeiro passo para disponibilização de uma medida para investigação em diferentes contextos culturais, permitindo, desse modo, estudos comparativos. **Objetivo:** Traduzir e adaptar o Perception of Pregnancy Risk Questionnaire (PPRQ) para uma equivalência semântica ao português brasileiro. **Métodos:** Foram realizadas duas traduções cegas, depois uma tradução em consenso, seguida da retrotradução e finalmente a avaliação final pela autora do

instrumento original. A versão final foi completada após aplicação de pré-teste em uma população alvo. A confiabilidade foi medida após aplicação do instrumento em uma amostra de 242 mulheres grávidas de alto risco e realizado o cálculo do alfa de Cronbach, utilizando o programa STATA 10. **Resultados:** O instrumento foi traduzido e adaptado com discretas adaptações de palavras, expressões e conjugações verbais inerentes ao idioma português. Demonstrou ser concordante entre suas variáveis e o seu total, além de boa confiabilidade extraída de uma alfa de Cronbach de 0,87, semelhante estatisticamente ao instrumento original. **Conclusão:** A versão em português do PPRQ demonstrou resultados satisfatórios na tradução, adaptação e consistência interna, semelhantes ao instrumento original.

Palavras-chave: gravidez, alto risco, questionários, percepção, tradução.

Adaptation to the Portuguese and the study of internal consistency of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire

ABSTRACT

Background: Few studies have focused on pregnant women at risk, the expectation at birth, the emotional impact of this perception of risk and how to act with their own perceptions. Recently it emerged an instrument with the purpose of evaluating the general perception of risk during pregnancy. The translation and adaptation are the first step to providing a measure for research in different cultural contexts, allowing thus comparative studies. **Objective:** To translate and adapt the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire (PPRQ) for a semantic equivalence in Brazilian Portuguese. **Methods:** There were two translations blind after a consensus translation, followed by back translation and finally evaluation by the author of the original instrument. The version was completed after application in a pre-test in a

population sample. Reliability was measured after application of the instrument in a sample of 242 pregnant women at risk and calculated the Cronbach's alpha using STATA 10. **Results:** The instrument was translated and adapted with a few adaptations of words, verb conjugations and expressions inherent in the Portuguese language. Shown to be consistent between their variables and their full, and good reliability drawn from a Cronbach alpha of 0.87, statistically similar to the original instrument. **Discussion:** The translated version of PPRQ demonstrated satisfactory results in the translation, adaptation and internal consistency, similar to the original instrument.

Keywords: pregnancy, high risk; questionnaire; perception, translating.

CONTEXTO

A gravidez pode estar associada a vários riscos, inclusive a complicações pré-natais e intraparto, além de resultados adversos para a mãe e o bebê¹. Vários autores argumentam que fatores físicos e emocionais influenciam as percepções da gestante e, assim, pode haver receios relativos ao parto e ao estado do bebê ao nascer, perdas, malformações e prematuridade, e entre outro o de que a gestação não alcance um resultado de sucesso².

Uma definição de risco pode ser a probabilidade de danos a um evento futuro e do tamanho e das consequências danosas, caso ocorram³. No entanto, o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado⁴. Já a percepção de risco pode ser definida como uma expectativa sobre a probabilidade de um evento danoso ou que tenha um dano em potencial⁵.

Perceber o risco em saúde tem uma discussão importante. Alguns autores trabalham com a teoria de que perceber o risco se associa a ter maiores cuidados e seguir as devidas instruções quanto ao comportamento de saúde⁶. Por exemplo, as mulheres grávidas de risco que compreendem melhor a sua percepção de risco podem ter uma capacidade maior de minimizar os comportamentos de risco, seguir corretamente as recomendações do pré-natal e com isso contribuir com toda a equipe em intervenções mais eficazes no cuidado a saúde⁷.

Poucos artigos têm focado as mulheres grávidas em risco, a expectativa quanto ao nascimento⁸, o impacto emocional desta percepção de risco e como agir com as próprias percepções⁹. Até então não havia um instrumento que tivesse a confiabilidade e validade neste propósito de avaliar a percepção geral de risco durante a gravidez. Assim, o Perception of Pregnancy Risk Questionnaire (PPRQ) foi desenvolvido como uma medida de percepção das mulheres grávidas em qualquer momento durante a gravidez e mostrou-se um instrumento de validade e confiabilidade¹. Portanto, tendo-se em mão um instrumento que se mostrou confiável é interessante que seja divulgado e aplicado para fornecer mais subsídios à avaliação das mulheres grávidas que estão em assistência ao pré-natal de alto risco.

MÉTODOS

Adaptação semântica para o português

A tradução e adaptação do PPRQ foi realizada para que se disponibilizasse mais um instrumento de medida do comportamento em saúde aos pesquisadores e interessados. A concessão para a tradução foi realizada via comunicação pessoal, em seguida havendo a tradução do instrumento para o português do Brasil por dois psiquiatras que dominam a língua inglesa. As traduções foram realizadas de modo

independente e depois avaliadas em comum até uma versão em consenso. Esta versão em consenso foi retrotraduzida por um professor de inglês e em seguida comparada a versão original, não tendo considerações importantes a se fazer, após avaliação da autora do instrumento.

O instrumento desenvolvido foi concebido para medir amplamente em vez de se focar sobre um aspecto específico da gravidez. Consiste de uma versão final de nove itens, representados através de uma linha horizontal que demarca uma escala de 0 a 100mm, significando os extremos “nenhum risco” a “risco extremamente alto”. A pontuação é feita através da colocação de uma marca vertical atravessando a linha para indicar a percepção de risco pela gestante em cada item. A pontuação total é a média dos nove itens. O instrumento foi projetado para ser auto-aplicável, sendo possível avaliar duas dimensões, tanto o risco para a mãe quanto para o bebê¹.

A versão do PPRQ traduzida foi inicialmente respondida por nove mulheres grávidas atendidas em um serviço de referência para pré-natal de alto risco na Maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, localizada na cidade do Natal, RN. Conforme a auto resposta das pacientes ao instrumento foi ocorrendo sem transcorrer dificuldades, a tradução do questionário tornou-se a versão final do instrumento.

Aplicação do PPRQ

O estudo consistiu de um corte transversal, sendo parte integrante de outro estudo sobre Transtorno mental comum (TMC) em gestantes de alto risco, dos mesmos autores, para o qual foi calculada a amostra representativa de 246

pacientes, baseada na prevalência de 20% do TMC (erro amostral de 5% e IC 95%). Após 3% de perdas decorrente da não conclusão dos questionários por serem chamadas a consulta obstétrica do pré-natal, finalizamos a aplicação em 239 mulheres grávidas de risco. As participantes foram avaliadas em seu aspecto sócio-demográfico quanto a idade, estado civil, escolaridade, profissão e ocupação, renda pessoal e familiar e história pessoal ou familiar de transtorno mental através de um questionário geral.

Os critérios de inclusão para seleção das participantes é que fosse maior ou igual a 18 anos, alfabetizadas e que preenchessem um dos fatores de risco reprodutivo segundo o Ministério da Saúde⁴. Excluía-se as pacientes que estivessem em tratamento para qualquer transtorno mental.

Confiabilidade do instrumento

O cálculo das correlações e a da consistência interna foram realizados pelo programa Stata: *Data Analysis and Statistical Software* (versão 10.0). Um adequado instrumento de pesquisa necessita reunir os critérios de confiabilidade e validade. Medidas confiáveis são replicáveis e consistentes, isto é, geram o mesmo resultado¹⁰. Para avaliar a consistência interna do PPRQ foi utilizado o alfa de Cronbach que permite valores entre 0 e 1 e quando maior que 0,70 diz-se que há confiabilidade das medidas, lembrando que o alfa é maior quanto menor o número de itens. Com esta medida foi possível avaliar a correlação entre o escore de cada item e o escore total dos demais itens, revelando a homogeneidade do instrumento¹⁰.

RESULTADOS

Ao longo do estudo, a aplicação do PPRQ transcorreu sem aparentes dificuldades, sendo respondido rapidamente em média de 2 minutos. Na tabela 1 estão listados os itens traduzidos com suas respectivas retroversões.

Perfil demográfico. As características apuradas nas entrevistadas foram as seguintes:

- A idade da gestantes variou de 18 a 44 anos, média de 31 anos.
- Quanto a raça, noventa e três mulheres eram brancas (38,4%), oitenta e sete pardas (36,0%) e sessenta e um negras (25,2%);
- Quanto ao estado civil, cento e trinta e sete gestantes tinham união consensual (56,6%), oitenta e sete eram casadas (36%), dezessete eram solteiras (7%);
- Quanto a escolaridade, cinquenta e quatro tinha primeiro grau incompleto (22,3%), trinta e quatro tinha primeiro grau completo (14%), vinte e sete tinham segundo grau incompleto (11,2%), cento e três tinham segundo grau completo (42,6%), onze tinham nível superior incompleto (4,5%) e doze tinham nível superior completo (5%);
- Quanto as profissões, 32 eram trabalhadoras não qualificadas (13,2%), 23 eram operárias, artífices e trabalhadores similares (9,5%), 15 eram agricultoras (6,2%), 46 eram do pessoal de serviços e vendedores (19%), 14 eram do pessoal administrativo e similares (5,8%), 20 eram técnicos e profissionais de nível intermediário (8,3%), 13 eram especialistas das profissões intelectuais e científicas (5,4%);

- Quanto a renda familiar, cinco gestantes com menos de um salário mínimo (2,1%), 186 com até dois salários mínimos (76,9%), 27 de dois e meio a três salários mínimos (11,2%), sete gestantes de três e meio a quatro salários mínimos (2,9%) e três gestantes com mais de quatro salários mínimos (1,2%). treze gestantes não souberam responder sobre a renda familiar (5,4%);
- Quanto ao planejamento da gravidez, 114 gestantes tinham planejado (47,1%), enquanto 127 não planejaram (52,5%);
- Quanto à categorização do risco à gravidez, 19 gestantes apresentavam história reprodutiva anterior como aborto, esterilidade/infertilidade e pré-eclampsia/eclampsia (8%), 166 apresentavam intercorrências clínicas crônicas como cardiopatia, pneumopatia, endocrinopatia, hemopatia, ginecopatia, hipertensão arterial, epilepsia, infecção do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis (70,3%), 51 gestantes apresentavam doença obstétrica na gravidez atual como isoimunização, prematuridade, hemorragias e pré-eclâmpsia/eclampsia (21,6%);
- Quanto à paridade, 86 mulheres não haviam tido nenhum filho (35,5%), 75 haviam tido um filho (31%), 53 haviam tido dois filhos (21,9%), 15 gestantes haviam tido três filhos (6,2%) e 11 gestantes haviam tido mais de três filhos (4,9%);
- Quanto ao numero de gestações de risco, 171 gestantes não haviam tido nenhuma gravidez de risco (71,1%), 52 haviam tido uma única gravidez de risco (21,5%) e 18 gestantes haviam tido duas ou mais gravidezes de alto risco (7,5%).

Análise de itens e análise fatorial.

Recorremos à análise fatorial a fim de observar a regularidade no comportamento de duas ou mais variáveis e para testar modelos alternativos de

associação entre tais variáveis. A análise permite observar mais facilmente (e diretamente) os dados interpretados e estabelecer a significância estatística do conjunto de variáveis. Através do que chamamos matriz de correlações é possível medir a associação linear entre as variáveis, através do coeficiente de correlação de Pearson¹¹.

A observação da matriz de correlação (tabela 2) indicou que a maioria dos itens resultaram em valores superiores a 0,30, o que nos assegura a adequação da aplicação da análise fatorial. Além dos itens identificarem valores entre 0,3 e 0,7, semelhante ao encontrado no instrumento original¹, sugerindo que aparentemente não houve item redundante ($p < 0,005$ e determinante $\neq 0$).

Outra forma de analisar a correlação entre as variáveis, identificando adequação da análise fatorial é a partir da estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), também considerada uma medida de adequação da amostra, cujo valor ideal é que seja acima de 0,7 e do teste de esfericidade de Bartlett que deve apresentar p -valor na faixa de significância estatística ($p < 0,001$), indicando haver correlações significativas entre as variáveis¹¹. No presente estudo encontrou-se $K = 0,871$ e Bartlett com $p = 0,000$, resultados que corroboram a utilização da análise fatorial (tabela 3).

Com a confirmação da adequação quanto à utilização da análise fatorial, procedeu-se à extração dos fatores realizada a partir da Análise de Componentes Principais (ACP), onde toda a variabilidade dos dados é explicada, já que o número de fatores extraídos equivale ao número de variáveis inseridas no modelo.

No instrumento original foram encontrados dois componentes que propõem as duas dimensões: “risco para o bebê” e “risco para a própria gestante”. Nesta análise

estatística alguns itens se mostraram diferentes dos encontrados nas dimensões do instrumento original. O itens “risco para o bebê”, “risco de hemorragia” e “risco de cirurgia cesariana” não se mostraram ser das dimensões esperadas, conforme mostra a tabela 4. A dimensão “risco para o bebê teve um alpha de 1,00 e “risco para a gestante” teve alpha de 0,983.

Outra medida avaliada foi a *comunalidade*. Designa-se por comunalidade a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns¹¹. As comunalidades variam entre 0 e 1, sendo 0 quando os fatores comuns não explicam nenhuma variância da variável e 1 quando explicam toda a sua variância. Quando o valor da comunalidade de um item é menor que 0,6 pode se sugerir eliminar esta variável. No presente estudo o item “risco de hemorragia” teve comunalidade de 0,488, sendo possível de exclusão. Os valores das comunalidades estão demonstrados na tabela 5.

Confiabilidade de um instrumento é o grau de consistência com o qual mede o atributo que é suposto ser a medição¹⁰. Consistência interna avalia a correlação de todos os itens do instrumento no que se propõe medir a mesma característica. Então a confiabilidade da consistência interna pode ser avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, o qual é considerável ideal para uma boa consistência interna ser maior que 0,80^{10,11}. O PPRQ da amostra em estudo obteve um alfa de Cronbach de 0,875, semelhante ao obtido pelo questionário original, demonstrando homogeneidade entre os itens sem serem redundantes.

DISCUSSÃO

A versão do PPRQ adaptada à língua portuguesa demonstrou através do alfa de Cronbach ser um instrumento de boa confiabilidade. Do ponto de vista sócio-demográfico a amostra se apresentou relativamente heterogênea, demonstrando que o PPRQ é um instrumento adequado para aplicabilidade em vários níveis sócio-econômico e étnico. Seria interessante para confirmar esses resultados a aplicação do instrumento em regiões e países diferentes. O fato de ter sido aplicado em uma amostra composta apenas por mulheres com gravidez de risco, ou seja, com probabilidade de comprometimento à saúde materna ou fetal, tenha havido uma tendência nos resultados, já que é possível que a percepção de risco destas gestantes seja maior que a de uma gestante que não esteja correndo risco materno ou fetal iminente. Portanto, intenciona-se apurar esses dados aplicando o instrumento, posteriormente, em uma população de mulheres grávidas sem risco.

No presente estudo, O PPRQ adaptado também apresentou as duas dimensões de risco conforme sugerido no instrumento original, no entanto, houve diferenças em alguns dos itens. Itens que estavam na dimensão “risco para si próprio” foram extraídos para o fenômeno de “risco para o bebê”, como o “risco de ter hemorragia”. Sugere-se a possibilidade de que, para a gestante, ter uma hemorragia significa perder a gravidez, ou seja, perder o bebê, não sendo visto como um risco para si própria. Realizar uma análise de compreensão dos itens da escala poderia trazer dados mais acurados. Neste estudo, o item “risco de hemorragia” demonstrou ser estatisticamente uma variável discutível em sua importância como item relevante. Poderia ser interessante sugerir uma avaliação específica deste item na versão original do PPRQ.

Na análise do instrumento como um todo e dos seus itens, a versão em português do PPRQ demonstrou ter sua utilidade em potencial para a pesquisa. Mais estudos podem ser conduzidos a fim de se avaliar a importância da identificação da percepção de risco no impacto para a gravidez, em como lidar com essas percepções e para os cuidados do comportamento em saúde. Uma vez traduzido, e posteriormente validado, esse instrumento fornece subsídios para avançar na pesquisa em saúde materna. Clinicamente o PPRQ também pode ser utilizado pelos profissionais de saúde para avaliar a percepção de risco das mulheres grávidas e enriquecer mais informações no que concerne a assistência pré-natal.

CONCLUSÃO

O *Perception of Pregnancy Risk Questionnaire* demonstrou ser um instrumento confiável para a pesquisa clínica em avaliar a percepção de risco das mulheres durante a gravidez. O PPRQ pode ser utilizado para pesquisas futuras em avaliar o impacto desta percepção e suas consequências, colaborando para enriquecer a assistência em saúde materna.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Dra. Maureen Heaman pela assistência e atenção necessárias ao uso do PPRQ.

REFERÊNCIAS

1. Heaman M I, Gupton AL. Psychometric Testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. *Research in Nursing & Health*. 2009; 32: 493–503.
2. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(6): 899-904.
3. Sjoberg, L. The methodology of risk perception research. *Quality & Quantity*. 2000; 34:407–418.
4. Ministério da Saúde. Manual técnico do pré-natal e puerpério. www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006
5. Brewer, N.T., Chapman, G.B., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Mc Caul, K.D., & Weinstein, N.D. Meta analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*. 2007; 26:136–145.
6. Brewer, N.T., Weinstein, N.D., Cuite, C.L., & Herrington, J.E. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*. 2004; 27:25–130.
7. Atkinson SJ, Farias MF. Perception of risk during pregnancy amongst urban women in northeast Brazil. *Soc Sci Med*. 1995; (41)1577-86.
8. Kitamura N, Nagahama T, Ishizaki Y, Kinoshita Y, Kaneko K. Effects of interview on mood status of pregnant women with high-risk delivery. *Pediatrics International*. 2009; 51:498–501
9. Headley AJ, Harrigan J. Using the Pregnancy Perception of Risk Questionnaire to Assess Health Care Literacy Gaps in Maternal Perception of Prenatal Risk. *Journal of the national medical association*. 2009; 101(10):1041-5.
10. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *Rev Bras Gestão Negócios*. 2006. 20 (8): 1-12
11. Arango HG. Bioestatística: teórica e computacional. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Tabela 1. Versão final traduzida do Perception of Pregnancy Risk Questionnaire para o português

Instrumento traduzido	Instrumento original
1. O risco para mim durante esta gravidez é: 2. O risco para o bebê que está para nascer nesta gravidez é: 3. Meu risco de hemorragia (perda excessiva de sangue) durante esta gravidez é: 4. Meu risco de ter uma cirurgia cesariana é: 5. Meu risco de morrer durante esta gravidez é: 6. O risco de meu bebê nascer prematuro é: 7. O risco de meu bebê ter um defeito no nascimento é: 8. O risco de meu bebê precisar ir à unidade de cuidados intensivos (UTI) neonatal é: 9. O risco de meu bebê morrer durante esta gravidez é:	1. The risk for myself during this pregnancy is: 2. The risk for my unborn baby during this pregnancy is: 3. My risk of hemorrhaging (losing too much blood) during this pregnancy is: 4. My risk of having a caesarean section is: 5. My risk of dying during this pregnancy is: 6. My baby's risk of being born prematurely is: 7. My baby's risk of having a birth defect is: 8. My baby's risk of needing to go to the Neonatal Intensive Care Unit is: 9. My baby's risk of dying during this pregnancy is:

Tabela 2. Matriz de correlação^b da versão traduzida do Perception of Risk Pregnancy Questionnaire

Item ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1,000								
2	0,634	1,000							
3	0,403	0,396	1,000						
4	0,396	0,260	0,184	1,000					
5	0,399	0,453	0,544	0,231	1,000				
6	0,313	0,432	0,471	0,235	0,515	1,000			
7	0,251	0,411	0,411	0,194	0,573	0,678	1,000		
8	0,365	0,536	0,550	0,287	0,578	0,591	0,603	1,000	
9	0,345	0,480	0,504	0,196	0,674	0,686	0,665	0,632	1,000

^a número do item correspondente a descrição na tabela 1

^b determinante = 0,12

Tabela 3. KMO e Bartlett's Test da versão traduzida do Perception of Risk Pregnancy Questionnaire

KMO measure of sampling adequacy		0,871
Approx. Chi-Square		1040,797
Bartlett's test	df	36
	Sig.	0,000

Tabela 4. Análise dos dois fatores extraídos da versão traduzida do Perception of Pregnancy Risk Questionnaire

Item	Componente	
	1	2
Risco para a gravidez	0,220	0,850
Risco para o bebê	0,445	0,657
Risco para hemorragia	0,623	0,315
Risco de cirurgia cesariana	0,059	0,716
Meu risco para morrer	0,748	0,275
Risco de nascer prematuro	0,814	0,149
Risco de ter defeito	0,840	0,066
Risco de ir para UTI	0,756	0,315
Risco de ir para UTI	0,858	0,168

Tabela 5. Valores das Comunalidades da versão traduzida do Perception of Pregnancy Risk Questionnaire

Item	valor
Risco para a gravidez	0,771
Risco para o bebê	0,630
Risco para hemorragia	0,488
Risco de cirurgia cesariana	0,516
Meu risco para morrer	0,635
Risco de nascer prematuro	0,684
Risco de ter defeito	0,710
Risco de ir para UTI	0,671
Risco de ir para UTI	0,764

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio poderia ser questionado por que pesquisar o Transtorno Mental Comum. São crescentes os estudos conduzidos em várias regiões do mundo que pesquisam a respeito do sofrimento mental encontrado na Atenção Básica em Saúde. Houve uma predominância dos estudos nos transtornos psicóticos em ambientes hospitalares. Porém, nas últimas décadas, as pesquisas vêm apontando para o problema dos transtornos psiquiátricos de natureza não psicótica na população em geral. Compõem principalmente os sintomas depressivos, ansiosos e dissociativos/conversivos, associados a uma variedade de queixas somáticas que muitas vezes passam despercebidas ao olhar do profissional médico ou são alvo de equívocos diagnósticos¹⁹. Muitas vezes, essa demanda que permeia os ambulatórios da rede básica leva anos para chegar aos serviços especializados de saúde mental²⁰. Isso pode ser causa de evolução das doenças para quadros de maior gravidade ou de refratariedade pela morosidade no diagnóstico correto e intervenção adequada. A pesquisa na rede básica vem, então, alertando para a importância do diagnóstico precoce pelos profissionais que estão no acolhimento inicial do paciente e do encaminhamento especializado. Estas pesquisas básicas vêm demonstrando forte associação entre o gênero feminino e a presença de adoecimento psíquico na forma dos sintomas acima descritos. Mostram associação também com outras características sócio-demográficas relacionadas à condição da mulher tais como estado civil, suporte social, estrutura profissional ou ocupacional, número de filhos e outros dependentes, com o desenvolvimento de transtorno mental^{7,19,20}. A demanda médica na rede básica é predominantemente composta de mulheres com as mais variadas queixas físicas, sintomas emocionais e por vezes, questões não médicas e sim, sociais. Essa demanda é acolhida pelos médicos generalistas e por vezes, pelos ginecologistas. Frequentemente, a forma de resolubilidade é através da prescrição medicamentosa de forma inadequada ou um alto consumo de exames diagnósticos. Dentro deste contexto de sintomas referidos na rede básica de saúde e sua relação com os aspectos sócio-demográficos e econômicos que se inserem os estudos sobre o Transtorno Mental Comum (TMC)⁴. E sendo as mulheres alvo maior desta associação referida, vários estudos versam sobre o acometimento do TMC nas fases reprodutivas da mulher. Cabe então conhecer o impacto que a presença do TMC tem na vida destas mulheres. Como é sabido que a gestação é o período de maior vulnerabilidade da mulher aos transtornos psiquiátricos, faz-se relevante examinar a saúde mental nesta fase. A

literatura mostra que o adoecimento psíquico na gestação tem forte impacto no surgimento de transtornos psiquiátricos no puerpério e no desfecho obstétrico e perinatal. Destes conhecimentos poderia vir o segundo questionamento do estudo: porque gestantes de alto risco? A literatura é escassa no que concerne a pesquisa de transtornos mentais em gestantes de alto risco. Se há evidência de sofrimento psíquico durante a gestação, porque não pensar que uma gestante que está com uma preocupação de risco a si própria ou ao seu bebê poderia ser mais susceptível a apresentar sintomas ansiosos ou pensamentos depressivos? E essa gestante que tem a assistência médica mais voltada ao atendimento ginecológico-obstétrico, pode estar sendo negligenciada quanto à sintomatologia psíquica? Essas inquietações motivaram este estudo. Pensar em detectar um adoecimento psíquico precocemente e que pudesse estar sendo subdiagnosticado fez unir a hipótese de investigar o transtorno mental comum em gestantes com risco reprodutivo. O estudo trouxe resultados satisfatórios quanto à expectativa de achados positivos para o transtorno mental nesta população. Mesmo não se tendo estudos comparativos na literatura, a prevalência do TMC nas gestantes de alto risco foi significativamente alta. E muitas destas gestantes já estavam no segundo ou terceiro trimestre de gravidez sem o devido diagnóstico e intervenção adequada, o que é observado na assistência da rede básica de saúde, corroborando com o que já foi acima relatado.

O estudo traz uma proposta de mudança na postura do atendimento médico e até multiprofissional de quem faz a assistência ao pré-natal quando revela a possibilidade de se deparar com uma gama de sintomas psíquicos que potencialmente interferem no desfecho da gravidez e que necessitam ser diagnosticados. A oportunidade de interagir com a gestante e a disponibilidade para ouvi-la parece ser uma medida importante numa conduta de ação preventiva.

Faz-se o planejamento de seguimento deste estudo de forma mais apurada, investigando e comparando a frequência do transtorno mental comum em mulheres grávidas sem risco e as peculiaridades do adoecimento em cada população de gestantes, buscando esclarecer as necessidades biopsicossociais destas mulheres.

7. REFERÊNCIAS

1. Silva L, Santos R.C, Parada C.M.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino-am Enfermagem*, n.12, v.6, p. 899-904, 2004.
2. Falcone V.M, Mäder C.V.N, Nascimento C.F.L, Santos J.M.M, Nóbrega F.J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, n.39, v.4, p. 612-8, 2005.
3. Brandon A.R, Trivedi M.H, Hynan L.S, Miltenberger P.D, Labat D.B, Rifkin J.B, Stringer C.A. Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk. *J Clin Psychiatry*, n.69, v.4, p. 635–643, 2008.
4. BRASIL. *Manual técnico pré-natal e puerpério*. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº 5, Brasília/DF, 2006, 162p.
5. Araujo A, Quayle J, Kahhale S, Souza M.C. Um estudo sobre gestantes hipertensas e adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva. *Revista Ginecologia e Obstetrícia*, n.9, v.4, p. 191-8, 1998.
6. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders: A Biopsychosocial Approach*. London, Routledge, 1992.
7. Araújo T.M, Pinho P.S; Almeida M.M.G. Prevalência de transtornos mentais em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Materna Infantil*, v.5. p. 337-48, 2005.
8. Hanlon C, Medhin G, Alem A, Tesfaye F, Lakew Z, Worku B et al. Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: the P-MaMiE population-based cohort study. *Trop Med Int Health*, n.14, v.2, p. 156–166, 2009.

9. Silva R, Ores L, Mondin T.C, Rizzo R.N, Moraes I.G.S, Jansen K, Pinheiro R.T. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n.26, v.9, p.1832-1838, 2010.
10. Brewer, N.T., Weinstein, N.D., Cuite, C.L., Herrington, J.E. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, n.27, p. 25–130, 2004.
11. Sjoberg, L. The methodology of risk perception research. *Quality & Quantity*, n. 34, p.407–418, 2000.
12. Brewer N.T., Chapman G.B., Gibbons F.X., Gerrard M., McCaul K.D., Weinstein, N.D. Meta analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, n. 26, p. 136–145, 2007.
13. Brewer N.T., Weinstein N.D., Cuite C.L., Herrington J.E. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, n.27, p. 25–130, 2004.
14. Atkinson S.J, Farias M.F. Perception of risk during pregnancy amongst urban women in northeast Brazil. *Social Science Medicine*, v.41, p. 1577-86, 1995.
15. Headley A.J, Harrigan J. Using the Pregnancy Perception of Risk Questionnaire to Assess Health Care Literacy Gaps in Maternal Perception of Prenatal Risk. *Journal of the national medical association*, n. 101, v.10, p.1041-5, 2009.
16. Heaman M. I, Gupton A.L. Psychometric Testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. *Research in Nursing & Health*, n. 32, p. 493–503, 2009.
17. Harding, T.W, Arango, M.V, Baltazar, J, Climent, C.E, Ibrahim H.H.A, Ignacio L.L et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, v.10, p. 231-241, 1980.

18. Mari J, Williams P.A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British J Psychiatry*, n.148, p. 23-26, 1986.
19. Mari J.J, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva J.B.T. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, n. 21, v.6, p. 501-7, 1987.
20. Fortes, S. *Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis-RJ-Brasil*. 2004. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ANEXO1 - Questionário geral

1. Paciente: _____(numeração do atendimento)
 2. Idade _____ Mês: _____
 3. Raça _____
 4. Critério do alto risco: _____
 5. Números de gestações anteriores: paridade/abortamento _____
 6. Houve planejamento da gravidez? _____
 7. Outras gravidezes de alto risco? Quantas:____ Motivo:_____
 8. Escolaridade _____
 9. Profissão _____
 10. Ocupação atual _____
 11. Renda pessoal _____
 12. Renda familiar _____
 13. Estado civil _____
 14. Mora com o pai da criança ou mantém contato com ele? _____
 15. Idade/ocupação/instrução do companheiro _____
 16. Religião _____
 17. Historia pessoal de transtorno mental anterior _____
 15. Historia familiar de transtorno mental _____
- Questões “sim” ou “não”:
1. Você chegou a expressar suas queixas a algum profissional de saúde?
 2. Se sim, você foi encaminhada para avaliação com psiquiatra ou psicólogo?
 3. Você acredita que essas queixas sejam parte de um transtorno psiquiátrico?
 4. Se sim, você acha que isso tem alguma consequência para o parto ou para o bebe?
 5. Se fosse detectado o TMC você procuraria um psiquiatra?
 6. Você usaria medicação como tratamento do transtorno mental?

ANEXO 2 - Self Reporting Questionnaire – SRQ-20

Por favor, leia as instruções antes de responder ao questionário.

1. As questões seguintes se relacionam a problemas que você tenha sentindo nos últimos 30 dias.
2. Se você acha que a questão se aplica a você, nos últimos 30 dias, responda SIM.
3. Se você acha que a questão não se aplica a você e você não tem esse problema nos últimos 30 dias, então responda NÃO.
4. Por favor, não discuta as questões com ninguém enquanto estiver respondendo ao questionário.
5. Se você se sente inseguro em responder as questões, por favor, dê o melhor que você pode.
6. Gostaríamos de tranquilizar que suas respostas são confidenciais.

01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

A - Total de sim |__| |__|

ANEXO 3- Agrupamentos dos sintomas do *Self Reporting Questionnaire*
por Mari & Iacoponi (1986)

Humor depressivo/ansioso
Assusta-se com facilidade?
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)
Tem se sentido triste ultimamente?
Tem chorado mais do que de costume?
Sintomas somáticos
Tem tremores de mão?
Tem dores de cabeça freqüentes?
Tem má digestão?
Dorme mal?
Tem falta de apetite?
Tem sensações desagradáveis no estômago?
Decréscimo de energia vital
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
Tem dificuldades para tomar decisões?
Você se cansa com facilidade?
Sente-se cansado(a) o tempo todo?
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?
Tem dificuldade de pensar com clareza?
Pensamentos depressivos
Tem tido idéias de acabar com a vida?
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
Tem perdido o interesse pelas coisas?
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

ANEXO 4 - Perception of Pregnancy Risk Questionnaire - PPRQ

The following questions ask you to rate your perception of personal risk during this pregnancy, and your perception of risk for your unborn child. There are no right or wrong answers. We are only seeking your opinion. Make your “best guess” of your risk and your unborn child’s risk for a poor health outcome. Do not put your name on the form.

On each of the following rating scales, please put a vertical mark through the line to indicate your assessment of risk for each item (see example).

EXAMPLE:

My chances of winning the lottery are:

No Chance _____ Extremely High
At All _____ Chance

If you thought your chances of winning the lottery were very high, you might place your vertical mark through the line as follows:

No Chance _____ | _____ Extremely High
At All _____ Chance

1. The risk for myself during this pregnancy is:

No Risk _____ Extremely High
At All _____ Risk

2. The risk for my unborn baby during this pregnancy is:

No Risk _____ Extremely High
At All _____ Risk

3. My risk of hemorrhaging (losing too much blood) during this pregnancy is:

No Risk _____ Extremely High
At All _____ Risk

4. My risk of having a caesarean section is:

No Risk _____ Extremely High
At All _____ Risk

5. My risk of dying during this pregnancy is:
- No Risk _____ Extremely High Risk
At All
6. My baby's risk of being born prematurely is:
- No Risk _____ Extremely High Risk
At All
7. My baby's risk of having a birth defect is:
- No Risk _____ Extremely High Risk
At All
8. My baby's risk of needing to go to the Neonatal Intensive Care Unit is:
- No Risk _____ Extremely High Risk
At All
9. My baby's risk of dying during this pregnancy is:
- No Risk _____ Extremely High Risk
At All

Thank you for your cooperation in answering these questions.

ANEXO 5 – Documentação de encaminhamento do artigo ao periódico

07-Jan-2012

Dear Mrs. Rodrigues:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Common Mental Disorders in Mothers and Infants and/or Obstetric Outcomes: a review article" in its current form for publication in Trends in Psychiatry and Psychotherapy (Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul). The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Trends in Psychiatry and Psychotherapy (Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul), we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Prof. Rodrigo Grassi-Oliveira

Associate Editor, Trends in Psychiatry and Psychotherapy (Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul)

rodrigo_grassi@terra.com.br

Submissions Being Processed for Author Paula Rodrigues

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display results per page.

Action Links	AOGP-D-12-00003	Adaptação para o português e estudo de consistência interna do Perception of Pregnancy Risk Questionnaire	15-12-2011	25-01-2012	Under Review
 Action 	Manuscript Number 	Title 	Initial Date Submitted 	Status Date 	Current Status 

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display results per page.

ANEXO 6 - Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa

1 de 1

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/caae>

PROT. N
CEP/CC
FL.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -
CONEP

PROJETO RECEBIDO NO		CAAE -	
CEP		5124.0.000.172-10	
Projeto de Pesquisa			
Transtorno mental comum em gestantes de alto risco			
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Grupo	Fase
Não se aplica			Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF	Pesquisador Responsável	Assinatura	
27145471420	PAULA ADRIANA BORBA RODRIGUES	<i>Paula</i>	

Comitê de Ética	
Data de Entrega	Recebimento
01/10/2019	
Assinatura	
<i>Renata</i>	
Renata Santos Menezes	
Assistente em Administração	
Mat. SIAPE 1347987	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao
- Projeto de Pesquisa.

