

JERONIMO DE A. MENDES RIBEIRO
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
GISLENE CRISTINA VALADARES
AMAURY CANTILINO
RENATA DEMARQUE
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
LUCIANO MINUZZI

ESCALAS CLÍNICAS EM SAÚDE MENTAL DA MULHER: USO DE INSTRUMENTOS DE AUTOAVALIAÇÃO EM TRANSTORNOS MENTAIS PREVALENTES NO PERÍODO PERINATAL

CLINICAL MEASUREMENTS TO ASSESS WOMEN'S MENTAL HEALTH: SELF-REPORT QUESTIONNAIRES IN COMMON PERINATAL MENTAL DISORDERS

Resumo

O uso de escalas na prática clínica é bastante conhecido e pode ser útil quando os instrumentos são utilizados como parte do processo de avaliação diagnóstica, na identificação da presença ou ausência de um determinado transtorno, no monitoramento do progresso terapêutico e na quantificação e documentação da gravidade de determinados sintomas. O período perinatal pode estar associado a desfechos adversos e impactar de maneira negativa a saúde mental das mulheres. Embora existam poucos instrumentos especificamente desenvolvidos para essa subpopulação, há uma crescente tendência em se afirmar que o monitoramento cuidadoso e contínuo de sintomas e condições psiquiátricas prevalentes nesse período através de questionários de autoavaliação pode trazer benefícios na tomada de decisão ou busca de acompanhamento especializado e precoce, quando necessário.

Palavras-chave: Perinatal, depressão pós-parto, escalas de autoavaliação.

Abstract

The use of psychiatric scales in clinical practice is widely known and can be useful as a part of diagnostic evaluations, to identify the presence or absence of a given mental disorder, to monitor treatment progress, and also to quantify and record symptom severity. The perinatal period may be associated with adverse outcomes and may have negative impacts on women's mental health. Even though only a few

instruments have been developed especially for this subpopulation, there is growing body of evidence suggesting that close, continued monitoring of symptoms and of the conditions most commonly present in this period via the use of self-report questionnaires may improve decision-making and help indicate specialized treatment as early as possible whenever necessary.

Keywords: Perinatal, postpartum depression, self-report scales.

INTRODUÇÃO: CONCEITOS GERAIS

O uso de escalas na prática clínica pode trazer muitos benefícios no monitoramento de pacientes. Entretanto, a decisão de se usar um instrumento em particular pode ser uma tarefa complicada. A utilidade de cada escala depende de diversos fatores. Em linhas gerais, um instrumento é considerado útil quando possui adequada confiabilidade e validade. Algumas escalas possuem determinadas características psicométricas que as diferenciam em relação a outras, como, por exemplo, as desenvolvidas para avaliar condições e sintomas típicos de determinados períodos do ciclo reprodutivo da mulher. Recentemente, com a inclusão do transtorno disfórico pré-menstrual na categoria de transtornos depressivos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5¹), uma escala foi desenvolvida para uso prospectivo nessa população, e o processo de validação da escala está atualmente em andamento, com características bastante promissoras (Frey BN & Allega O, comunicação

¹ McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ² Departamento de Psiquiatria e Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁴ Serviço de Saúde Mental da Mulher e Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. Seção de Saúde Mental da Mulher, World Psychiatric Association. International Association of Women's Mental Health. ⁵ Departamento de Neuropsiquiatria e Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁶ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁷ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁸ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, DF. Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

peçoal). Além disso, outros instrumentos (Figura 1), como a Greene Climacteric Scale^{2,3} (GCS), foram desenvolvidos para quantificar sintomas vasomotores da transição menopausal (que podem ter impacto negativo no humor de mulheres nesse estágio do ciclo reprodutivo).

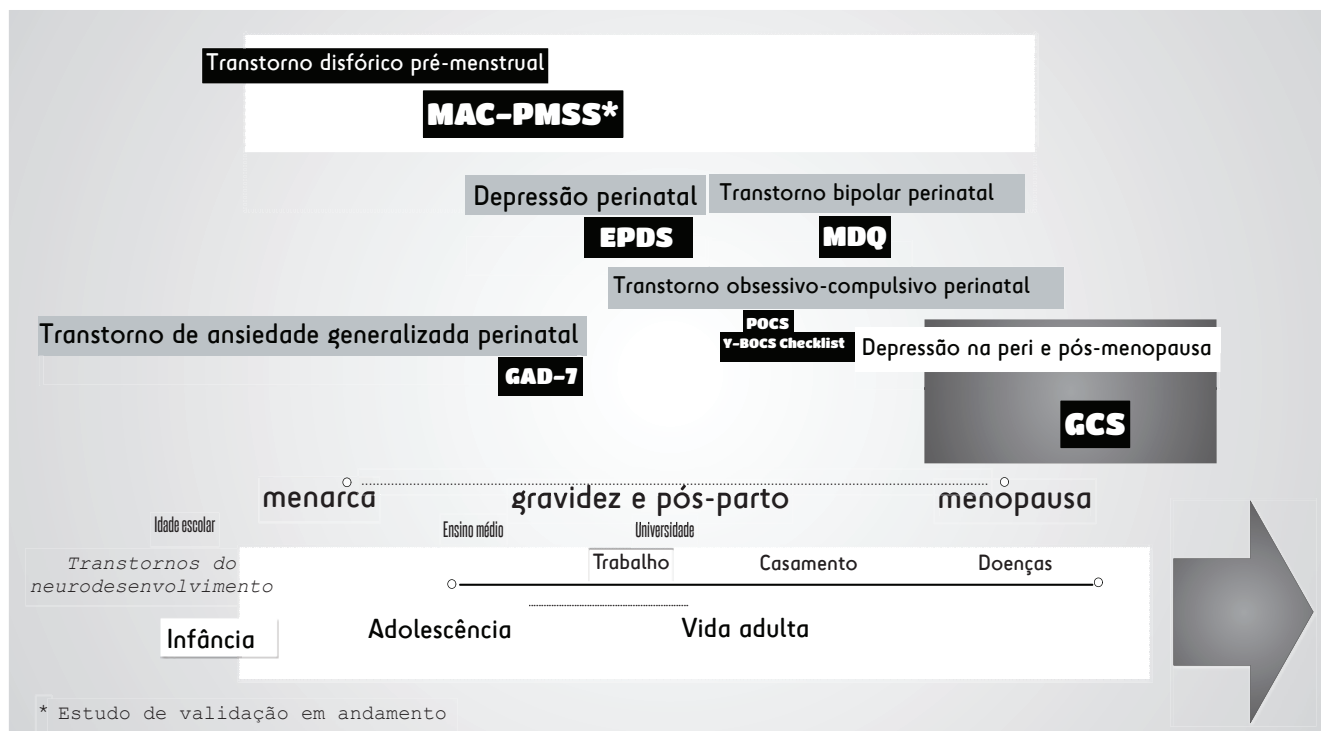


Figura 1 - Exemplos de instrumentos de rastreamento que podem ser utilizados na prática clínica para avaliar transtornos prevalentes em diferentes períodos do ciclo reprodutivo da mulher. MAC-PMSS = McMaster Premenstrual Symptoms Scale; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; MDQ = Mood Disorder Questionnaire; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Screener; POCS = Perinatal Obsessive-Compulsive Scale; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; GCS = Greene Climacteric Scale.

Além de aumentar a habilidade de comunicação de determinado evento e estar de acordo com os manuais diagnósticos oficiais, o uso como rotina desses instrumentos pode auxiliar no monitoramento e na otimização dos cuidados. Escalas de autoavaliação possuem a facilidade de serem aplicadas na ausência de profissional treinado e podem ser usadas, por exemplo, em uma consulta pré-natal de rotina (onde o cuidador deve investigar e monitorar diversas e relevantes condições clínicas), podendo propiciar uma melhor

qualidade no cuidado integral à saúde da mulher. Por outro lado, instrumentos extensos (algumas vezes inclusive com maior qualidade psicométrica), quando aplicados como rotina nesse mesmo contexto e/ou em uma condição de baixa prevalência, teriam potencial de prejudicar a relação médico-paciente, por adicionar um estresse desnecessário à rotina de atendimento.

Testes de rastreamento ou *screening* são instrumentos de avaliação concebidos para identificar a presença ou ausência de um transtorno mental específico. São, por característica,

JERONIMO DE A. MENDES RIBEIRO
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
GISLENE CRISTINA VALADARES
AMAURY CANTILINO
RENATA DEMARQUE
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
LUCIANO MINUZZI

mais breves e, portanto, fáceis de ser administrados, mas menos precisos do que escalas diagnósticas.

São úteis para a avaliação de condições onde diferenças sutis e/ou subjetivas na apresentação de sintomas podem contribuir para o esclarecimento de eventuais dúvidas quando da avaliação diagnóstica, proporcionando dados adicionais, principalmente em casos com apresentações clínicas complexas. A Figura 2 mostra as possíveis vantagens dos instrumentos que serão apresentados a seguir.

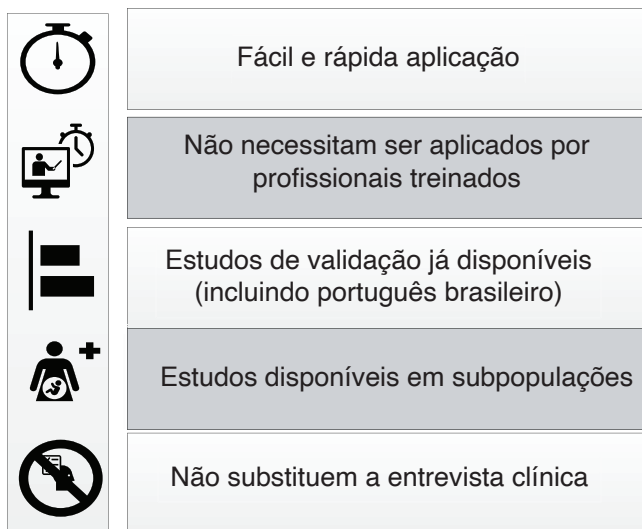


Figura 2 - Fatores que podem ser levados em consideração na escolha de um determinado instrumento de autoavaliação.

Algumas escalas de avaliação podem ser utilizadas com o objetivo de quantificar a gravidade de um determinado transtorno depois de já estabelecido o diagnóstico. Além disso, elas podem servir como instrumento de psicoeducação, por apresentarem dados objetivos que permitem ao paciente estar mais alerta a respeito de seu tratamento e da gravidade de sua condição. Elas podem ser administradas a qualquer momento durante o tratamento, permitindo quantificar a gravidade da doença. As informações fornecidas pelos seus escores totais e respostas a um item específico contribuem para a elaboração do plano do terapêutico (por exemplo, ajudando a estabelecer o nível adequado de cuida-

do e a frequência do acompanhamento), bem como para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Instrumentos psicométricos precisam ser validados em relação às suas propriedades científicas, ou seja, sua confiabilidade e validade de construto, dimensionalidade, sensibilidade e especificidade (Figura 3).

O propósito deste artigo é revisar a literatura e apresentar informações relevantes (especialmente com relação a propriedades psicométricas) sobre as escalas de autoavaliação mais comumente utilizadas na prática clínica em quatro prevalentes transtornos mentais no período perinatal, a saber, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), o transtorno depressivo maior (TDM), o transtorno bipolar e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

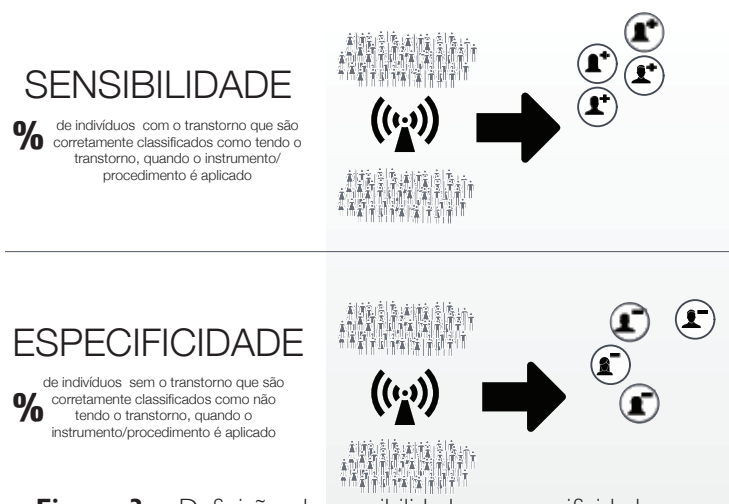


Figura 3 - Definição de sensibilidade e especificidade, duas das principais propriedades psicométricas de instrumentos de autoavaliação.

TRANSTORNO DEPRESSIVO PERINATAL

Compartilha o conceito diagnóstico atual disponível para TDM, porém acrescido do especificador “com início no periparto”. Esse especificador pode ser aplicado quando o episódio atual teve início – ou, no caso de o episódio atual não preencher os critérios para TDM, quando os sintomas depressivos tiveram início – durante a gestação ou nas primeiras 4 semanas do pós-parto. Uma das razões para sua inclusão reside no fato de que 50% dos episódios de depressão pós-parto iniciaram, na verdade, ainda durante a gestação. Adicionalmente, episódios com início no periparto podem

¹ McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ² Departamento de Psiquiatria e Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁴ Serviço de Saúde Mental da Mulher e Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. Seção de Saúde Mental da Mulher, World Psychiatric Association. International Association of Women's Mental Health. ⁵ Departamento de Neuropsiquiatria e Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁶ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁷ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁸ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, DF. Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

apresentar-se com ou sem características psicóticas. No caso de sintomas psicóticos estarem presentes durante esse episódio, o risco de essa mulher apresentar outro episódio em um próximo período pós-parto está aumentado em 30 a 50%¹.

A depressão durante a gravidez tem sido associada a complicações obstétricas, fetais e neonatais. Esses resultados apontam para a importância de uma detecção precoce das mulheres com risco aumentado para depressão nesse período. Entretanto, o uso de escalas de avaliação de depressão padrão nessa fase da vida reprodutiva possui algumas limitações, já que elas mensuram, por exemplo, circunstâncias que podem ser comuns em pacientes no pós-parto, como sono e fadiga.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Estudos de gênero têm demonstrado que as mulheres são mais propensas a sofrer de TAG do que os homens e que esse risco parece aumentar durante o período perinatal. Estudos de prevalência sugerem que cerca de 8,5% das mulheres sofrem de TAG durante a gestação, e taxas de 4,4 a 8,2% têm sido relatadas no pós-parto (Figura 4). Considerando que as taxas de prevalência durante a gestação são consideravelmente mais elevadas do que aquelas observadas na população geral (3,1%)^{4,5} e que, durante a gravidez, existe tipicamente um aumento de preocupações em relação à saúde e ao bebê, esses sintomas comuns na gravidez podem levar o clínico a negligenciar o diagnóstico de TAG

nesse período⁶⁻⁸. Somando-se a isso, ansiedade materna aumentada durante a gravidez tem sido associada com desfechos negativos para o feto, tais como baixo peso ao nascer.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO PERINATAL

O TOC possui uma prevalência de 2% na população geral ao longo da vida⁹. O aparecimento ou agravamento de TOC no período perinatal tem sido demonstrado em estudos prospectivos. No pós-parto, a prevalência de sintomas de TOC varia entre 4 e 9%¹⁰. Além disso, até 50% das mulheres já com o diagnóstico do transtorno reportam o início ou piora dos sintomas no período perinatal, principalmente no pós-parto. Os sintomas obsessivos e compulsivos nesse contexto possuem apresentação e conteúdo bastante típicos, frequentemente direcionados ao bem-estar e à saúde do bebê, causando significativo desconforto e prejuízo no funcionamento e cuidados maternos. Além disso, é comum o aparecimento de sintomas de TOC em gestantes e puérperas saudáveis.

TRANSTORNO BIPOLAR PERINATAL

Um estudo avaliou 2.252 gestações de mulheres com transtorno bipolar; destas, 23% tiveram recaída durante a gravidez e 52% no período pós-parto¹¹. Outro estudo demonstrou que, entre 120.378 mulheres, as que tiveram contato com psiquiatra pela primeira vez em até 1 ano após o parto tiveram um risco 3 vezes maior de serem diagnosticadas com transtorno bipolar após 15 anos de acompanhamento/seguimento¹². O transtorno bipolar, especialmente no pós-parto, tem sido associado a diversos desfechos que impactam negativamente a saúde mental da mulher, tais como apresentação e curso clínico mais graves, incluindo episódios com início na primeira semana após o parto, presença de sintomas psicóticos, suicídio e infanticídio¹²⁻¹⁴.

ESCALAS CLÍNICAS USADAS EM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS PREVALENTES NO PERÍODO PERINATAL

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A EPDS é provavelmente a escala para reastreamento de depressão mais utilizada no período perinatal; existem versões validadas para diversos idiomas. Ela é composta por 10 itens, sob a forma de um questionário de fácil e rápido preenchimento. Cada afirmativa possui 4 possíveis respostas, com pontuação que varia de 0 a 3 no que se refere à gravida-

Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)



Figura 4 - Características e prevalência do transtorno de ansiedade generalizada no período perinatal.

JERONIMO DE A. MENDES RIBEIRO
 JOEL RENNÓ JR.
 HEWDY LOBO RIBEIRO
 JULIANA PIRES CAVALSAN
 GISLENE CRISTINA VALADARES
 AMAURY CANTILINO
 RENATA DEMARQUE
 RENAN ROCHA
 ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
 LUCIANO MINUZZI

de dos sintomas experimentados pela paciente nas últimas 2 semanas, com escore máximo de 30. Uma pontuação acima de 12 é indicativa de um possível episódio de TDM, que deve ser investigado. O subitem relacionado ao risco de suicídio, quando presente, deve ser sempre explorado de forma independente do escore total.

A EPDS demonstrou, em seu estudo original¹⁵, consistência interna de 0,87 e sensibilidade de 86% quando o ponto de corte utilizado foi de 12 ou 13 pontos. Sua especificidade foi de 78%, e seu valor preditivo positivo, de 73%. Ela tem se mostrado útil tanto na atenção primária, na detecção de TDM e transtorno depressivo menor no pós-parto, quanto em centros especializados em saúde mental da mulher. Em alguns casos, no entanto, ela pode detectar um transtorno grave de personalidade em vez de depressão maior ou menor, como mostrado por vários pacientes com alta pontuação em estudos de validação clínica¹⁵. Além de ser uma fer-

ramenta de triagem, a EPDS também é utilizada na prática clínica para o monitoramento do tratamento e da gravidade dos sintomas durante a gestação e no pós-parto.

Embora os autores da escala, durante sua validação, tenham manifestado que ela não possuiria qualidade psicométrica suficiente para rastrear sintomas de ansiedade, estudos posteriores demonstraram que ela possui três itens fortemente indicativos de transtornos de ansiedade, e que isso seria relevante para rastrear um possível transtorno de ansiedade tanto na gestação como no pós-parto¹⁶ (melhor ponto de corte nesse caso = 6¹⁷) (Figura 5).

Postpartum Depressive Symptom Scale (PDSS)

A PDSS¹⁸ é uma escala de autorrelato composta de 35 itens que abrangem sete dimensões relacionadas à depressão pós-parto (sono/alimentação, sintomas de ansiedade/ insegurança, labilidade afetiva, comprometimento cogniti-

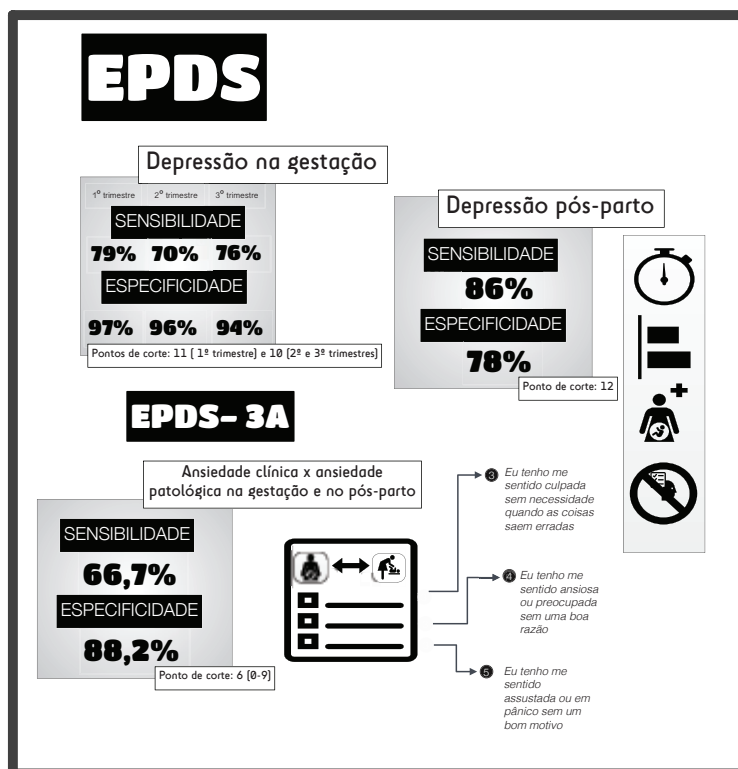


Figura 5 - Propriedades psicométricas da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

¹ McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ² Departamento de Psiquiatria e Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁴ Serviço de Saúde Mental da Mulher e Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. Seção de Saúde Mental da Mulher, World Psychiatric Association. International Association of Women's Mental Health. ⁵ Departamento de Neuropsiquiatria e Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁶ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁷ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁸ Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, DF. Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

vo, perda de autoestima, culpa/vergonha e pensamentos de prejudicar a si mesmo). Cada dimensão é subdividida em cinco afirmativas que procuram descrever como uma mãe pode estar se sentindo após o nascimento de seu bebê. Ao preencher a escala, indica-se o quanto a paciente concorda ou não com cada afirmativa (respostas variam de 1 - discordo totalmente a 5 - concordo fortemente). Durante sua validação, realizada em uma amostra de mulheres americanas, a PDSS apresentou sensibilidade de 94%, especificidade de 98%, valor preditivo positivo de 90% e valor preditivo negativo de 99%, utilizando um ponto de corte de 80. O estudo que determinou a validade e a confiabilidade da tradução da escala para o português do Brasil incluiu 120 mulheres, e a melhor pontuação de corte sugerida foi 102, que apresentou sensibilidade de 94%, especificidade de 95%, valor preditivo positivo de 75% e valor preditivo negativo de 99%¹⁹. Sua confiabilidade foi de 95, demonstrando ser a

PDSS um instrumento que pode ser utilizado na identificação da depressão com início no pós-parto em mulheres brasileiras (Figura 6).

Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

O MDQ é uma ferramenta de screening para transtornos do espectro bipolar desenvolvida para a população geral. O questionário inclui, em sua primeira parte, 13 itens extraídos de acordo com os critérios diagnósticos para transtorno bipolar segundo o DSM-IV, em formato de resposta sim/não. A seguir, o paciente deve informar se os sintomas ocorreram ou não simultaneamente. Por fim, há outra pergunta que avalia o grau de impacto dos sintomas (nenhum problema, problemas menores, problemas moderados e sérios problemas). No estudo original, um escore mínimo de 7 respostas positivas na primeira fase, juntamente com o endosso de que os sintomas ocorreram de forma agrupada e levaram a, pelo

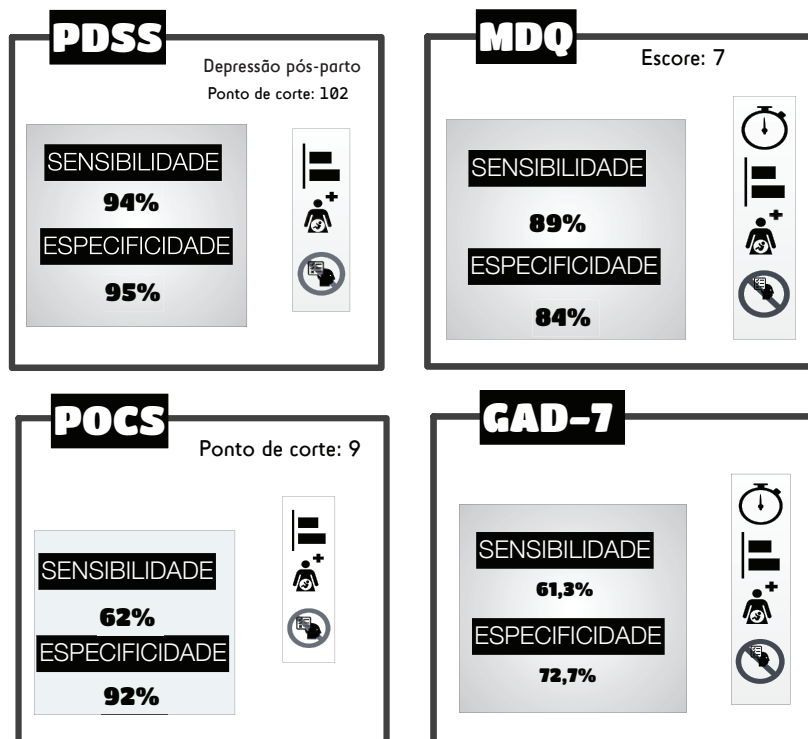


Figura 6 - Comparação das características psicométricas de diferentes escalas. PDSS = Postpartum Depressive Symptom Scale; MDQ = Mood Disorder Questionnaire; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Questionnaire; POCS = Perinatal Obsessive-Compulsive Scale.

JERONIMO DE A. MENDES RIBEIRO
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
GISLENE CRISTINA VALADARES
AMAURY CANTILINO
RENATA DEMARQUE
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
LUCIANO MINUZZI

menos, problemas moderados, é indicativo de um possível transtorno do espectro bipolar²⁰.

O MDQ não oferece informações sobre a gravidade dos sintomas, mas sim sobre o impacto subjetivo do conjunto de sintomas endossados. Ele possui tradução validada para diversos idiomas, incluindo português brasileiro^{21,22}. As propriedades psicométricas do MDQ foram avaliadas em mulheres no período perinatal²³, revelando, quando ignoradas a segunda e a terceira parte da escala, uma sensibilidade de 89% e uma especificidade de 84% (Figura 6).

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7)

A GAD-7²⁴ possui sete itens elaborados de acordo com os critérios do DSM-IV e foi traduzida e validada também no Brasil (Pfizer, Inc. Copyright 2005). Os sete itens se apresentam dispostos sobre uma escala de quatro pontos, indo de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação variando de 0 a 21 na medição da frequência e gravidade de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas 2 semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade um escore ≥ 10 . Um estudo recente testou as propriedades psicométricas da GAD-7 como ferramenta de triagem para TAG em 240 mulheres no período perinatal ($n = 155$ gestantes e $n = 85$ no pós-parto)²⁵. A GAD-7 representou ser uma escala clinicamente útil para a detecção de TAG quando aplicada na gestação, mas também relevante na identificação de sintomas clinicamente significativos e na diferenciação de aumentos "normais" de sintomas ansiosos relacionados à gravidez (Figura 6).

Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS)

A POCS é um questionário de autoavaliação desenvolvido especificamente para aplicação no período perinatal, como ferramenta de rastreamento de TOC, através da mensuração do conteúdo e da gravidade de diversos itens relacionados. A escala foi validada através de um estudo piloto que avaliou 162 mulheres (67 gestantes e 95 no pós-parto), no qual foi solicitado às participantes que completassem a POCS e também a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)²⁶. A POCS demonstrou ter boa validade de construto, refletida por uma alta consistência interna, além de adequada validade e capacidade discriminativa, apresentando sensibilidade de 62% e especificidade de 92% (Figura 6). Além de apresentar propriedades psicométricas relevantes, esse instrumento tem se mostrado útil por dar às mulheres

uma oportunidade de discutir abertamente questões socialmente sensíveis nesse período, assim como sintomas que comumente podem emergir mesmo na ausência do transtorno propriamente dito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ferramentas de rastreamento para transtornos prevalentes no período perinatal podem interferir nos desfechos e impactar positivamente o seu manejo, além de ajudar no preenchimento de lacunas de conhecimento e na captação de dados relevantes da apresentação clínica. Embora a entrevista clínica, realizada por profissional capacitado, seja indiscutivelmente indispensável no diagnóstico e planejamento terapêutico dos transtornos mentais, o uso de instrumentos clínicos padronizados tem se revelado útil na prática clínica. Médicos generalistas, psiquiatras clínicos, profissionais de saúde de áreas afins e equipes interdisciplinares de cuidados terciários, ao conhecer e aplicar tais ferramentas, podem promover e impactar positivamente o cuidado integral da saúde mental da mulher.

Correspondência:

Jeronimo Mendes-Ribeiro
Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinics
McMaster University
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Tel.: +1-905-522-1155, ext. 39735
E-mail: jrubeiro@stjoes.ca

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Am J Psychiatry. 2013. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=158714><http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-5>
2. Greene JG. A factor analytic study of climacteric symptoms. J Psychosom Res. 1976;20:425-30.
3. Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. Maturitas. 1998;29:25-31.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month

- prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
5. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:19-39.
 6. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
 7. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*. 2005;19:295-311.
 8. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6:43-9.
 9. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15:53-63.
 10. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TLC, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009;50:503-9.
 11. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1179-85.
 12. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:428-34.
 13. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Bipolar II postpartum depression: Detection, diagnosis, and treatment. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1217-21.
 14. Kim J-H, Choi SS, Ha K. A closer look at depression in mothers who kill their children: is it unipolar or bipolar depression? *J Clin Psychiatry*. 2008;69:1625-31.
 15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
 16. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: Conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2013;146:224-30.
 17. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25:926-31.
 18. Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000;49:272-82.
 19. Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB. Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcult Psychiatry*. 2007;44:672-84.
 20. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1873-5.
 21. De Sousa Gurgel W, Rebouças DB, Negreiros de Matos KJ, Carneiro AH, Gomes de Matos e Souza F, Grupo de Estudos em Transtornos Afetivos Affective Disorders Study Group. Brazilian Portuguese validation of Mood Disorder Questionnaire. *Compr Psychiatry*. 2012;53:308-12.
 22. Castelo MS, Carvalho ER, Gerhard ES, Costa CM, Ferreira ED, Carvalho AF. Validity of the mood disorder questionnaire in a Brazilian psychiatric population. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:424-8.
 23. Frey BN, Simpson W, Wright L, Steiner M. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire as a screening tool for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *J Clinical Psychiatry*. 2012;73:1456-61.
 24. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092-7.
 25. Simpson W, Glazer M, Michalski N, Steiner M, Frey BN. Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Can J Psychiatry*. 2014;59:434-40.
 26. Lord C, Rieder A, Hall GB, Soares CN, Steiner M. Piloting the perinatal obsessive-compulsive scale (POCS): development and validation. *J Anxiety Disord*. 2011;25:1079-84.