



Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Laila da Camara Lima Kurtinaitis

**PENSAMENTOS OBSESSIVOS RELACIONADOS AO BEBÊ E ESQUEMAS
INICIAIS DESADAPTATIVOS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Recife

2011

Laila da Camara Lima Kurtinaitis

**PENSAMENTOS OBSESSIVOS RELACIONADOS AO BEBÊ E ESQUEMAS
INICIAIS DESADAPTATIVOS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação submetida à avaliação para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

Área de concentração: Neuropsicopatologia.

Orientador: Prof. Everton Botelho Sougey, Dr.
Co-orientador: Amaury Cantilino, Dr.

Recife

2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

K96p Kurtinaitis, Laila da Camara Lima.
Pensamentos obsessivos relacionados ao bebê e esquemas iniciais
desadaptativos na depressão pós-parto / Laila da Camara Lima
Kurtinaitis. – 2011.
111 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento. Recife, 2011.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Período Pós-parto. 2. Depressão Pós-parto. 3. Comportamento
Obsessivo. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-155)

LAILA DA CAMARA LIMA KURTINAITIS

**PENSAMENTOS OBSESSIVOS RELACIONADOS AO BEBÊ E ESQUEMAS
INICIAIS DESADAPTATIVOS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento da Universidade
Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em
Neuropsicopatologia.

Aprovado em: 11/05/2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Hugo André de Lima Martins
Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas

Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas
Núcleo de Pesquisa da Faculdade Integrada
de Vitória de Santo Antão/FAINTVISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

CORPO DOCENTE

Prof. Dr. Adelson Antônio as Silva Santos

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Prof. Dr. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Prof. Dr. Luís Ataíde Júnior

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Raul M. de Castro

Profa. Dra. Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa

Profa. Dra. Sheva Maia da Nóbrega

Profa. Dra. Sílvia Regina de Moraes

Aos amores da minha vida, minha mãe, meu
pai, minha irmã e André Meira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, pois tenho a certeza de que sem Ele nada seria possível.

Ao meu orientador, o professor Everton Sougey, pela confiança depositada e pelo incentivo na busca de saber sempre mais.

Ao meu co-orientador, Amaury Cantilino, por ter confiado em mim desde o princípio e por se mostrar sempre tão disponível.

A minha família e a Liu que me deu apoio em todos os momentos dessa jornada, por vezes, tão cansativa.

A Marília, uma pessoa tão iluminada, pela contribuição não só neste trabalho, mas em todos os momentos da minha vida.

A Meira, pela compreensão, o carinho, o cuidado e o apoio incondicional.

Aos professores que participaram de forma significativa na minha formação, me fazendo querer ir sempre além: Isabel Pedroza, Reginete Cavalcanti, Benéria Donato, Ana Luiza, Pompéia Villachan-Lyra, entre tantos outros.

A Tarcísio pela grande contribuição na coleta de dados.

As minhas amigas de trabalho por todo o apoio e compreensão quando eu mais precisei. Em especial a Gida, um exemplo a ser seguido.

Aos amigos que, algumas vezes mais de perto e outras um pouco mais distante fazem parte de todas as minhas conquistas: Renatinha, Karine, Mari, Vanessa, Nathália, Luciana Hammes, Luciana Araújo, Bruninha, Gilka, Amanda, Delinha, Jú, Tati, Piu, Jú Lucena.

Aos integrantes do Grupo de Saúde Mental da mulher por terem me acolhido e pela contribuição de cada um em minha formação.

Ao ambulatório de Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, em especial a Dile e Marleide, por toda compreensão e colaboração.

E, finalmente, às puérperas pela disponibilidade em compartilhar comigo um momento tão particular de suas vidas.

“Tomei a decisão de fingir que todas as coisas que até então haviam entrado na minha mente não eram mais verdadeiras do que as ilusões dos meus sonhos.” (RENÉ DESCARTES)

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é a condição psiquiátrica mais comum associada ao puerpério. Esse transtorno traz prejuízos significativos para a relação mãe-bebê, para a dinâmica familiar e para o desenvolvimento da criança. A DPP tem algumas características distintas de um episódio depressivo fora do puerpério, entre elas os pensamentos recorrentes de causar danos ao bebê. Pesquisas mostram que os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) têm sido associados a diversas psicopatologias. O objetivo deste trabalho foi estudar os pensamentos obsessivos relacionados ao bebê e os EIDs presentes em mulheres com DPP. Foram avaliadas um total de 91 puérperas, usuárias de um serviço de saúde da rede pública da cidade de Recife-PE no período de janeiro a agosto de 2010. A entrevista Clínica semi-estruturada baseada no DSM-IV para Transtornos do eixo I (SCID-I) foi utilizada para se fazer o diagnóstico da DPP, os pensamentos obsessivos em relação ao bebê foram avaliados através do Postpartum Thoughts and Behavior Checklist (PTBC) e os EIDs através do Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida. A presença de DPP esteve associada à história de transtorno psiquiátrico anterior, ao fato da gravidez não ter sido desejada e não ser casada. Todavia não mostrou associação com doenças clínicas, história de transtorno psiquiátrico na família, faixa etária, escolaridade, peso da criança ao nascer, questões relativas ao parto, complicações durante a gravidez ou com o bebê após o nascimento, aborto espontâneo, realização de tratamento para engravidar, variáveis econômicas e o número de filhos. Dentre os pensamentos obsessivos em relação ao bebê mais frequentes na DPP estavam: “Medo de deixar o bebê cair ou escorregar”, “Medo de alguém poder levar o bebê” e “Preocupações relacionadas a animais ou insetos”. Os EIDs mais presentes em mulheres com DPP foram: Auto-Sacrifício, Privação Emocional, Abandono/Instabilidade. Houve diferença significativa em alguns dos pensamentos obsessivos relacionados ao bebê e alguns dos EIDs das mulheres quando se comparou puérperas com DPP às saudáveis. Conclui-se que a DPP está associada a alguns EIDs e que no puerpério há uma grande presença de pensamentos obsessivos em relação ao bebê. As mulheres com esses pensamentos, assim como as com DPP poderiam obter uma melhora com psicoterapia de base cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Período pós-parto. Depressão pós-parto. Comportamento obsessivo.

ABSTRACT

The Postpartum Depression (PPD) is the most common psychiatric disorder associated to the puerperium. It brings significant losses to the mother-baby relationship, to the relation of the family and to the development of the baby. The PPD has some singular characteristics of a depressive episode different from the puerperium, among them the intrusive thoughts of causing harm to the baby. Researchers found out that Early Maladaptive Schemas (EMSs) have been associated to several psychopathologies. The target of this dissertation was to study the obsessional thoughts related to the baby and the EMSs from the women with PPD. A total of 91 puerperium, assisted by a public hospital in Recife, were evaluated on a period between January and August 2010. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID - I) was used to diagnose the PPD, obsessional thoughts regarding the baby were evaluated by the Postpartum Thoughts and Behavior Checklist (PTBC) and the EMSs analyzed by the Young Schemas Questionnaire - short form. The PPD has been associated to psychiatric problems in the past due the fact of an unwanted pregnancy and not being married. Nevertheless, the research didn't show association with clinic diseases and psychiatric problems in the family, age group, marital status, educational level, weight of the born baby, issues regarding the child-berth, problems during the pregnancy or with the child after the berth, spontaneous abort, medical treatment for conceiving, economic variables and the number of children. Among the most common obsessional thoughts in postpartum depression regarding the baby there were: "Fear of let the baby slip or fall", "Fear of someone taking the baby away", "Worries about animals and insects". The most common EMSs found in women with PPD were: self-sacrifice, emotional deprivation, abandonment/ instability. There was a significant difference in some of the obsessional thoughts regarding the baby and some EMSs when puerperium healthy women when compared to the ones with PPD. It was concluded then, that the postpartum depression is associated to some EMSs and that in the puerperium there is a large amount of obsessional thoughts regarding the baby. The women with these thoughts, as well as the ones with PPD could have a significant improve with cognitive behavioral therapy.

Key words: Postpartum Period. Depression Postpartum. Obsessive Behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação das variáveis relacionadas ao parto, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	46
Tabela 2 - Avaliação das intercorrências na gravidez ou no parto, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	46
Tabela 3 - Avaliação das questões relacionadas à gravidez, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	47
Tabela 4 - Avaliação das questões relativas à saúde, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE	47
Tabela 5 - Avaliação das questões relativas à faixa etária, estado civil e escolaridade, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE	48
Tabela 6 - Avaliação das questões relativas aos dados sócio-demográficos, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	48
Tabela 7 - Avaliação das dificuldades nos cuidados para com o bebê, no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE	49
Tabela 8 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados ao sufocamento no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	50
Tabela 9 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados à agressão/violência no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	51
Tabela 10 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados a acidentes/responsabilidade no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE	52
Tabela 11 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados à perda do bebê no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas puérperas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	53
Tabela 12 - Avaliação dos pensamentos obsessivos de contaminação no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas	54
Tabela 13 - Avaliação das obsessões sexuais no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE	55
Tabela 14 - Avaliação de pensamento obsessivo de doença no grupo de puérperas com	

depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	56
Tabela 15 - Avaliação dos comportamentos compulsivos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	57
Tabela 16 - Avaliação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	58
Tabela 17 - Caracterização da amostra, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DAS	Disfunctional Attitude Scale
DPP	Depressão pós-parto
DSM-IV	4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association
EID	Esquema Inicial Desadaptativo
PTBC	Postpartum Thoughts na Behavior Checklist
SCID-I	Entrevista Clínica semi-estruturada baseada no DSM-IV para Transtornos do eixo I
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
YSQ-S2	Young Schema Questionnaire - Short Form

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)	17
2.1	DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	17
2.2	PREVALÊNCIA	20
2.3	ETIOLOGIA	21
2.4	FATORES DE RISCO.....	21
2.5	REPERCUSSÕES.....	23
2.6	PREVENÇÃO.....	24
2.7	TRATAMENTO	25
3	PENSAMENTOS OBSESSIVOS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS.....	27
3.1	A TEORIA COGNITIVA.....	27
3.2	PENSAMENTOS OBSESSIVOS.....	28
3.3	ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS.....	30
3.4	PENSAMENTOS OBSESSIVOS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS NO PUERPÉRIO	37
4	OBJETIVOS.....	39
4.1	OBJETIVOS GERAIS	39
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
5	METODOLOGIA	40
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
5.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	40
5.3	LOCAL E PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	40
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	40
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	41
5.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
5.6.1	Questionário bio-sócio-demográfico	41
5.6.2	Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV para episódio depressivo	41
5.6.3	Postpartum Thoughts and Behavior Checklist (PTBC)	42
5.6.4	Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida	42
5.7	PROCEDIMENTOS	43
5.8	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	43

5.9	MÉTODO ESTATÍSTICO	44
5.9.1	Variáveis	44
5.9.2	Cálculo da amostra	44
5.9.3	Análise estatística	45
6	RESULTADOS	46
6.1	DADOS BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS À DPP	46
6.2	DIFICULDADES NOS CUIDADOS PARA COM O BEBÊ RELACIONADOS À DPP	49
6.3	PENSAMENTOS OBSESSIVOS EM RELAÇÃO AO BEBÊ RELACIONADOS À DPP	50
6.4	COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS RELACIONADOS À DPP	56
6.5	ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS RELACIONADOS À DPP	58
7	DISCUSSÃO	60
8	CONCLUSÕES	73
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A - Tradução para o português do Brasil e Adaptação do <i>Postpartum Thoughts na Behavior Checklist</i>	84
	ANEXO A - Questionário Bio-sócio-econômico-demográfico	86
	ANEXO B - SCID-I para Episódio Depressivo	88
	ANEXO C - Postpartum Thoughts na Behavior Checklist - versão traduzida e adaptada	96
	ANEXO D - Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida	101
	ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
	ANEXO F - Protocolo do Comitê de Ética	109
	ANEXO G - Carta de Anuência do Ambulatório de Puericultura	110
	ANEXO H - Carta de Anuência do Ambulatório de Psiquiatria do HC-PE	111

1 INTRODUÇÃO

Apesar de a gestação ser considerada por muitos como um período de bem-estar emocional e de se esperar que o nascimento da criança seja um momento muito especial na vida da mulher, o puerpério consiste, para as mulheres, em uma fase de transição extremamente importante para o desenvolvimento de sua personalidade. É um período transitório biologicamente determinado, no qual se processam mudanças metabólicas concretas, ligadas a perspectivas de mudanças também no âmbito social. Tais mudanças implicam novas adaptações e reajustamento interpessoais e intrapsíquicos e, conseqüentemente, uma mudança de identidade (MALDONADO, 2002). Dessa maneira, a gestação e o puerpério precisam ser avaliados com atenção especial, pois podem interferir diretamente na saúde mental da mulher (CAMACHO et al., 2006).

Distúrbios mentais relacionados ao puerpério têm sido observados desde o século IV a. C., Hipócrates estabeleceu uma relação direta entre o parto e a doença, justificando que o leite produzido durante a lactação invade o cérebro e produz tais distúrbios (GORDON; CLAYTON 1959 apud MINERBO, 1983). Ao longo do tempo, outras justificativas foram dadas, como a de Sennert que, em 1600, atribuía os distúrbios puerperais aos vapores no útero que atingiam o cérebro, ou a de Pichard que, no século XIX, a explicava por um refluxo para o cérebro da circulação sanguínea do útero para os seios nos primeiros dias do puerpério. O interesse pelo tema continuou e, em 1982, foi criada a *Marcé Societé*, instituição internacional que tem como objetivo o estímulo à pesquisa e à comunicação acerca dos transtornos mentais no pós-parto (SILVA et al., 1998).

Atualmente sabe-se que os distúrbios de humor são particularmente comuns durante o puerpério. Eles tipicamente são divididos em *maternity blues*, depressão pós-parto e psicose puerperal (NEWPORT; HOSTETTER; STOWE, 2002; NONAC; COHEN, 1998; ROBINSON; STEWART, 1986).

O *maternity blues* é uma condição comum, que se inicia nos primeiros dias após o parto e termina entre o 7º e o 10º dia do puerpério. Acomete entre 50 e 80% das mães e tem como características a irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade, choro fácil e alterações no sono. Tem remissão espontânea e por isso não se faz necessário tratamento. O *maternity blues* tem sido apontado como um fator de risco para depressão pós-parto (BECK et al., 1992; PITT, 1973).

A depressão pós-parto (DPP) configura-se como um episódio depressivo que ocorre durante o puerpério. É a condição psiquiátrica mais comumente associada a essa fase da vida da mulher (WISNER; PARRY; PIONTEK, 2002).

A psicose puerperal acomete entre 0, 1 e 0, 2% das puérperas. Inicia-se abruptamente nas primeiras semanas do pós-parto. Os sintomas incluem idéias paranóides, delírios, comportamento desorganizado e variações de humor. Devido às características psicóticas do quadro, é um transtorno que traz riscos para a mãe e o bebê e, por isso, muitas vezes requer a hospitalização. São apontados como fatores de risco para a psicose puerperal a história de transtorno psiquiátrico na família, a história prévia de transtorno bipolar e ainda fatores psicossociais (BROCKINGTON et al., 1981).

Assim, percebe-se que os transtornos do puerpério podem incluir desde quadros transitórios benignos até situações graves. Apesar de tais transtornos serem comuns e de vir crescendo o número de pesquisas que busca elucidar pontos ainda pouco conhecidos do puerpério, muitas vezes tais transtornos são subdiagnosticados. Possivelmente isso se deve a um conhecimento limitado de algumas de suas características (CAMACHO et al., 2006).

O presente estudo vai deter-se prioritariamente em buscar um aprofundamento nas características cognitivas da DPP, tendo como objetivos estudar os pensamentos obsessivos relacionados ao bebê, assim como os Esquemas Iniciais Desadaptativos presentes em mulheres com DPP.

2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

O presente capítulo tem início com o diagnóstico e características clínicas da depressão pós-parto, menciona também questões ligadas a prevalência, etiologia, fatores de risco e repercussões do referido transtorno. Por fim, foi realizada revisão da literatura sobre estratégias de prevenção e tratamento da depressão pós-parto.

2.1 DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De acordo com os critérios do 4 ° Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais com texto revisado (DSM-IV - TR), da *American Psychiatric Association*, (2002), a depressão pós-parto se caracteriza como o transtorno de humor mais frequente no puerpério. A sua sintomatologia não difere da de outros episódios de alteração de humor que ocorrem fora do período puerperal. O especificador que pode ser aplicado aos vários transtornos de humor que têm início nas quatro primeiras semanas do puerpério é apenas “com início no pós-parto”.

A seguir estão registrados os critérios diagnósticos para Episódio Depressivo maior, de acordo com DSM-IV-TR são:

- A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período mínimo de duas semanas e apresentam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor depressivo ou (2) anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis):
- (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio), ou observação feita por terceiros (por exemplo, chora muito).
 - (2) Acentuada diminuição no interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observações feitas por terceiros).
 - (3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
 - (4) Insônia ou hipersônia quase todos os dias.

- (5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente situações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 - (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 - (7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 - (8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).
 - (9) Pensamentos de morte recorrente (não apenas de medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio Misto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses, ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Na 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (1993), a depressão pós-parto é colocada no capítulo denominado “Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores de risco”, que é codificada como F53.0 e está sob a designação “Transtornos mentais e de comportamento, leves, associados ao puerpério, não classificados em outros locais”. Tal classificação deve ser utilizada para o transtorno iniciado dentro de seis semanas após o parto e quando o profissional considerar que não existam dados suficientes para a classificação da síndrome em outros locais. Dessa forma, a classificação dos

transtornos relacionados ao puerpério, na CID-10, existe apenas como diagnóstico de exclusão.

Há autores que concordam com o fato de não se considerar a depressão que ocorre no período puerperal como uma entidade psiquiátrica distinta, sob a alegação de não haver diferença significativa na frequência da depressão em mulheres no período puerperal ou em outro período de suas vidas (COX; MURRAY; CHAPMAN, 1993).

Todavia, ainda que a expressão “Depressão pós-parto” não seja formalizada no DSM-IV-TR e na CID-10, alguns autores argumentam que existem peculiaridades no episódio depressivo que ocorre no período do puerpério, como um componente ansioso mais proeminente (ROSS et al., 2003), pensamentos recorrentes de causar dano ao bebê (JENNINGS et al., 1999) e mais pensamentos de agressividade contra os seus filhos (WISNER et al., 1999). Por isso, alguns autores fazem uso dessa expressão para designar qualquer episódio depressivo que ocorra no primeiro ano após o nascimento da criança. Tais autores estão de acordo com a *Marcé Society*, uma organização científica internacional que se dedica ao estudo dos transtornos psiquiátricos do pós-parto.

Em um estudo fenomenológico de depressão pós-parto, Beck (1992) constatou temas peculiares nesse transtorno. Tais temas diziam respeito à solidão insuportável, pensamentos obsessivos, sensação de estar fora de si, culpa sufocante, dificuldades cognitivas, perda de interesses prévios, ansiedade incontrolável, insegurança, perda de controle das emoções e idéias relacionadas à morte. Segundo constatação de Cooper e Murray (1995), mulheres que haviam tido um primeiro episódio de DPP tinham mais chance de apresentar novos episódios de DPP do que episódios depressivos fora do puerpério. Tais dados sugerem que poderia haver uma etiologia específica para a DPP.

É importante ressaltar, porém, que muitas mulheres com depressão puerperal não revelam seus sintomas depressivos devido ao receio de uma possível estigmatização, pois o que a sociedade espera é que elas estejam felizes com a chegada do bebê. Dessa maneira, elas acabam se sentindo culpadas por experimentarem sintomas depressivos em um momento que deveria ser de alegria (CAMACHO et al., 2006).

Outro fator que pode dificultar o diagnóstico da DPP é o fato de, no pós-parto, o cansaço, a fadiga e a perda de peso estarem presentes também em mulheres saudáveis. Dessa maneira, devem ser avaliados com cautela, porque não retratam, necessariamente, um episódio depressivo (CANTILINO; SOUGEY, 2004).

2.2 PREVALÊNCIA

As taxas de DPP são bastante variáveis. Em uma revisão da literatura realizada por Halbreic e Karkun (2006), foram investigados 143 estudos que avaliaram a taxa de prevalência da DPP em 40 países. Foi observado, então, que esse transtorno aparece com taxas de prevalência que variam entre 0 e 60 %. Países como Brasil, Costa Rica, Itália, África do Sul, Taiwan e Coréia apresentaram taxas elevadas de prevalência quando comparados com países como Singapura, Malta, Malásia, Áustria e Dinamarca. Essa disparidade foi atribuída às diferenças de fatores culturais e socioeconômicos, assim como aos diferentes instrumentos de avaliação da DPP utilizados e ainda ao período distinto do puerpério em que as mulheres foram avaliadas.

Os estudos realizados no Brasil também demonstram variações nas taxas de prevalência da DPP. Um estudo empreendido com 400 mulheres entre duas e 26 semanas de pós-parto, em instituições públicas e particulares, utilizando a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID- I), encontrou uma taxa de prevalência de 7,2% (CANTILINO et al., 2010).

Foi observada uma taxa de prevalência de 12% de DPP em um estudo realizado com mulheres de baixa renda no estado do Rio de Janeiro (DA-SILVA et al., 1998). Outro estudo realizado no Brasil, avaliando mulheres entre 12 e 16 semanas de pós-parto, encontrou a taxa de prevalência de DPP de 37, 1% (DA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). Ambos os estudos utilizaram a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) como instrumento para avaliação da DPP. Um estudo feito no Rio Grande do Sul avaliou puérperas entre 30 e 45 dias após o parto, utilizando a Escala Hamilton para avaliar os sintomas depressivos e constatou uma taxa de prevalência de DPP de 19,1% (MORAES et al., 2006).

As diferenças encontradas nas taxas de prevalência da DPP podem ser em decorrência do instrumento diagnóstico utilizado e do período do puerpério em que as mulheres foram avaliadas. Poucos estudos utilizam os critérios diagnósticos do DSM-IV ou da CID-10 com entrevistas clínicas semi-estruturadas, que seriam considerados padrão-ouro para o diagnóstico de DPP, eles utilizam prioritariamente escalas de avaliação, como é o caso da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (CANTILINO et al., 2010).

2.3 ETIOLOGIA

A etiologia da DPP ainda não é completamente conhecida, mas acredita-se que fatores hormonais e hereditários estejam envolvidos (CAMACHO et al., 2006).

De acordo com uma revisão da literatura realizada por Steiner, Dunn e Born (2003), na gestação os níveis de estrógeno e progesterona são superiores aos níveis vistos em mulheres que não se encontram no período gestacional. A queda brusca desses hormônios após o parto estaria envolvida na etiologia da DPP em mulheres que, devido a uma predisposição genética, são mais sensíveis bioquimicamente a essa queda hormonal.

Um estudo realizado por Bloch e colaboradores (2000) simulou os níveis suprafisiológicos do estradiol e da progesterona em fases avançadas da gravidez e sua posterior retirada, tal como ocorre no parto, em mulheres com e sem histórico de depressão pós-parto. Foi percebido que os escores na escala de depressão foram significativamente mais altos durante a fase de retirada dos hormônios em mulheres que tinham um histórico prévio de depressão pós-parto. Já o grupo que não tinha esse histórico demonstrou alterações mínimas nos escores de humor.

No que se refere a uma vulnerabilidade genética para a depressão pós-parto, uma análise do histórico familiar demonstrou que a prevalência ao longo da vida de transtornos de humor e transtornos relacionados é maior em familiares de primeiro grau de mulheres com transtorno de humor no pós-parto que na população em geral. Isso indica um possível componente genético ou familiar relacionado a esses transtornos (STEINER, 2002).

Também foi observada a associação entre alguns genes e depressão, ansiedade e comorbidade de depressão e ansiedade em mulheres no pós-parto (SUN et al., 2004). Outros estudos também apontam para uma associação entre a DPP e alterações na função serotoninérgica, assim como ocorre em um episódio depressivo fora deste período (MAURER-SPUREJ; PITTENDREIGH; MISRI, 2007; NEWPORT et al., 2004).

2.4 FATORES DE RISCO

Um estudo realizado no Brasil mostra que história anterior de doenças psiquiátricas, história de doença psiquiátrica na família, problemas físicos de saúde e abortos espontâneos estariam associados com DPP (CANTILINO et al., 2010).

Outro estudo mostra que não há associações estatisticamente significativas entre fatores sociodemográficos - como idade, cor, escolaridade e renda - e DPP. Também não demonstrou associações significativas entre DPP e características obstétricas, como gestações prévias, abortamento, prematuridade e risco obstétrico (DA SILVA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Em contrapartida, Moraes e colaboradores (2006) apontaram a renda familiar, a preferência pelo sexo da criança e a idéia de interromper a gestação como variáveis que apresentaram associação com a DPP. A falta de suporte social também se configura como um fator de risco para a DPP (VITOLLO et al., 2007).

Em estudos realizados fora do país, constatou-se que a história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica pode aumentar o risco de um transtorno emocional no pós-parto (BLOCH et al., 2005; STEINER, 2002), assim como mudanças no humor no período pré-menstrual (SUGAWARA et al., 1997), transtorno disfórico pré-menstrual e episódios de *maternity blues* (BLOCH et al., 2005). Um episódio anterior de DPP também é fator de risco para um episódio subsequente de depressão DPP (COOPER; MURRAY, 1995).

Outro fator apontado na literatura como sendo de risco para a DPP é a presença de sintomas depressivos durante a gravidez (JOSEFSSON et al., 2001). Também foi constatado que mulheres com sintomas depressivos, que fumam ou bebem durante a gravidez, apresentam maior risco de continuar deprimidas no puerpério. Ainda no que se refere ao período gestacional, foi percebido que mulheres que adoecem mais durante a gravidez, vão mais ao médico e têm mais complicações clínicas apresentam risco maior de serem acometidas de DPP (JOSEFSSON et al., 2002). Também ansiedade e eventos estressantes durante a gravidez foram relacionados a episódios de DPP (ROBERTSON et al., 2004).

No que se refere às características das mulheres, percebeu-se que estilo cognitivo disfuncional (CHURCH; BRECHMAN-TOUSSAINT; HINE, 2007) e autoesquemas negativos (EVANS et al., 2005) estão relacionados à DPP. Foi visto ainda que determinadas características de personalidade estavam mais presentes em mulheres com DPP, quando comparadas a mulheres saudáveis, como preocupação excessiva, pessimismo, timidez, dúvida constante e maior tendência a fadiga, enquanto que outras características como habilidade individual para controle, regulação e adaptação do comportamento de acordo com a situação e com os objetivos e valores pessoais, estavam menos presentes em mulheres com DPP, quando comparadas a puérperas sem DPP (JOSEFSSON et al., 2007).

No que se refere a fatores de proteção da DPP, foi observado que a presença de suporte do marido apresentou efeito protetor (DA SILVA CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY,

2005). Uma revisão da literatura mostrou também que mulheres com escolaridade mais alta e melhor rendimento financeiro apresentavam menos risco de sofrerem de DPP (CAMACHO et al., 2006). Otimismo, alta autoestima, boa relação conjugal, suporte social e preparação física e psicológica para as mudanças relativas ao puerpério são considerados fatores protetores da DPP (POPE, 2000 apud ZAMBALDI, 2008).

2.5 REPERCUSSÕES

A DPP afeta todos os membros da família, mesmo que indiretamente e em graus variados. A família acaba por ser o suporte da puérpera que, por vezes, não se sente capaz de exercer os cuidados para com o seu bebê (FRIZZO; PICCININI, 2005; SILVA et al., 2010).

Foi percebido também que a DPP traz prejuízos para a interação mãe-bebê. Mães deprimidas mostram mais apatia e contrariedade, expressam menos prazer e alegria, e demonstram menos ternura e afeição. No que se refere aos bebês, foi visto que os filhos de mães deprimidas têm uma tendência a apresentarem mais vocalizações negativas e sorrirem menos (SCHWENGBER; PICCININI, 2003, 2004).

A DPP também foi vista como um fator que dificulta o estabelecimento de vínculos afetivos entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade de laços emocionais futuros. Ainda foram observadas evidências de que a DPP pode acarretar prejuízos no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Contudo, a presença da DPP por si só não permite a realização de um prognóstico preciso a respeito das suas implicações na interação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança (FRIZZO; PICCININI, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Isso dependerá de vários fatores, como o tempo de nascimento da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do estilo interativo da mãe deprimida (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Outro fator muito associado à depressão materna é a presença de dificuldades conjugais (SOTTO-MAYOR; PICCININI, 2005). Ao mesmo tempo em que tais dificuldades podem estar associadas à depressão materna, uma vez que os conflitos conjugais podem ser concomitantes, preceder ou suceder a depressão, eles também podem mediar o impacto negativo da depressão no desenvolvimento do bebê. Isso ocorre porque pais com esposas deprimidas tendem a ficar mais envolvidos com seus filhos para compensar as dificuldades do

cônjuge com a depressão. Por vezes, esse comportamento é observado também em outros membros da família (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Percebeu-se ainda que os companheiros das mulheres que sofrem de DPP apresentam um maior risco de vivenciarem um episódio depressivo no período do nascimento da criança. Assim, a DPP na mulher é considerada como um fator preditor para a depressão paterna no período de pós-parto, o que acaba por acarretar sérias implicações no funcionamento familiar (GOODMAN, 2004).

Também foi constatado que mães com DPP, quando comparadas a mães não deprimidas, amamentam os seus filhos por menos tempo e com menor frequência (HATTON et al., 2005; VITOLO et al., 2007).

2.6 PREVENÇÃO

No que se refere à prevenção da DPP, alguns estudos utilizam estratégias psicossociais na tentativa de evitar o desenvolvimento desse transtorno por meio do alívio ou eliminação dos fatores psicossociais considerados como fatores de risco. Tais intervenções adotam principalmente iniciativas educativas e melhorias no atendimento pré-natal e/ou pós-natal (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

As iniciativas educativas têm o intuito de trazer informações sobre o período do puerpério às mães e aos seus familiares. Assim contribuem com a redução dos níveis de ansiedade e consequentemente com a diminuição do impacto dos fatores de risco psicossociais. Todavia, apesar de algumas mulheres se sentirem beneficiadas com tal abordagem (BUIST; WESTLEY, 1999; ELLIOTT et al., 2000; WHEATLEY; BRUGHA, 1999), outros estudos referentes à educação no pré-natal e/ou no pós-natal não constatarem resultados significativos na prevenção e tratamento da DPP (BRUGHA et al., 2000; DENNIS, 2005; TAM et al., 2003; STAMP; WILLIAMS; CROWTHER, 1995).

Outra estratégia psicossocial utilizada na prevenção da DPP é a melhoria na atenção pré e pós-natal. De acordo com esse enfoque, o aumento no nível da atenção à saúde durante o período pré-natal ou logo depois do parto pode reduzir o impacto dos fatores de risco psicossociais no humor do pós-parto. No que se refere a isso, alguns estudos mostram que um aumento na atenção à puérpera no período de pós-parto pode ser eficaz na prevenção da DPP (ARMSTRONG et al., 1999; ELLIOTT et al., 2000; MACARTHUR et al., 2002) e também pode contribuir para a melhora na interação mãe-bebê (ARMSTRONG et al., 1999). Todavia

outros estudos mostram que, apesar de as puérperas demonstrarem satisfação com o aumento da atenção nesse período (MORRELL, et al., 2009), a maior assistência pós-natal não é suficiente para diminuir as taxas de DPP (BRUNGHIA et al., 2000; GUNN et al., 1998; MARKS; SIDDLE; WARWICK, 2003).

Houve também estudos que buscaram saber se intervenções psicológicas eram eficazes para a prevenção da DPP. Um estudo realizado na Austrália, no qual foram utilizadas sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental com puérperas, constatou que essa intervenção não se mostrou eficaz para reduzir as taxas de prevalência de DPP (HAGAN; EVANS; POPE, 2004). Uma revisão sistemática da literatura, realizada por Dennis (2005), também demonstrou que intervenções psicossociais ou psicológicas não foram capazes de reduzir o desenvolvimento da DPP. Todavia, contrariamente a esses estudos, outros demonstraram que a psicoterapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia interpessoal têm se mostrado eficientes na prevenção da DPP (CHABROL et al., 2002; ZLOTNICK et al., 2001).

2.7 TRATAMENTO

Quanto mais cedo for iniciado o tratamento da DPP melhor será o prognóstico. Os tipos de tratamento para a depressão pós-parto que vêm sendo apontados pela literatura são intervenções farmacológicas, intervenções psicossociais, tratamentos hormonais, eletroconvulsoterapia e psicoterapia (CAMACHO et al., 2006).

Não há um grande número de estudos que investigue a eficácia de antidepressivos especificamente na depressão pós-parto. Dessa maneira, o tratamento deve seguir recomendações em relação à depressão de mulheres jovens. Todavia a questão se torna mais complexa em mulheres que estão amamentando, uma vez que não existe um número considerável de estudos com antidepressivos na lactação que permita avaliar a segurança a curto e longo prazo para os bebês. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina e os antidepressivos tricíclicos não têm apresentado altos riscos e efeitos colaterais e, desta forma, seriam os mais seguros para o recém-nascido (ALTSHULER et al., 2001; MAGALHÃES et al., 2006).

No que se refere à eficácia das intervenções psicossociais na prevenção e no tratamento da DPP, não há ainda achados consistentes, como já visto anteriormente (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

O tratamento hormonal da DPP demonstra uma melhora sintomática em um pequeno número de pacientes, mas são necessários mais estudos com mulheres que estejam amamentando. Os casos graves de DPP, os quais não obtêm respostas com a terapêutica farmacológica, também podem ser tratados com eletroconvulsoterapia, que se mostra segura no pós-parto. Todavia, ambas as intervenções não são consideradas a primeira linha de tratamento da DPP, são utilizadas apenas quando outros tratamentos não obtiveram êxito (CAMACHO et al., 2006).

Estudos utilizando diversas abordagens psicoterápicas, como psicoterapia cognitivo-comportamental (COOPER et al., 2003; CRAIG; JUDD; HODGINS, 2005; MILGROM et al., 2005; MORGAN et al., 1997; UGARRIZA; SCHMIDT, 2006), a terapia centrada na pessoa (MORRELL et al., 2009), a terapia psicodinâmica (COOPER et al., 2003) e o aconselhamento psicológico (MILGROM et al., 2005), além de protocolos de intervenção com princípios de mais de uma abordagem psicoterápica (CHABROL et al., 2002; DENNIS, HODNETT, 2009; HOFHECKER-FALLAHPOUR et al., 2003) se mostraram eficazes no tratamento da DPP.

Um ensaio clínico realizado por Misri e colaboradores (2004), comparando o tratamento apenas com antidepressivos e o tratamento com antidepressivos com psicoterapia cognitivo-comportamental, constatou que não houve diferença significativa nos sintomas depressivos nos dois grupos. Dessa maneira, o acréscimo da psicoterapia cognitivo-comportamental não trouxe um benefício adicional ao tratamento da DPP realizado apenas com antidepressivos.

3 PENSAMENTOS OBSESSIVOS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

O presente capítulo versará, inicialmente, a respeito dos conceitos de Pensamentos Obsessivos e Esquemas Iniciais Adaptativos e, posteriormente, fará uma relação entre os referidos conceitos e o período do puerpério.

3.1 A TEORIA COGNITIVA

A teoria cognitiva teve sua origem em 1965, quando Aron T. Beck, estudando a depressão na tentativa de testar princípios teóricos específicos da psicanálise, constatou alguns fenômenos inconsistentes com o modelo psicanalítico, o que o levou, junto com seus colegas, a novos estudos empíricos e observações clínicas. Dessa maneira, foram sendo desenvolvidas e avaliadas estratégias terapêuticas utilizadas inicialmente para o tratamento da depressão e posteriormente de outros transtornos. Assim, a terapia cognitiva foi construída concomitantemente à teoria cognitiva (BECK; ALFORD, 2000).

Para a teoria cognitiva, não seriam exatamente as situações ou contextos que determinariam o sentimento das pessoas, mas sim a forma como elas interpretam uma determinada situação (MAHONEY, 1998). Dessa maneira, a teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia considera a cognição como o ponto central para os transtornos psicológicos, os quais têm um conteúdo cognitivo específico (BAHLS; NAVOLAR, 2004; BECK, J., 1997; KNAPP, 2004). A cognição pode ser compreendida como a função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e controle de eventos futuros (BECK; ALFORD, 2000). Assim, a terapia cognitiva divide a cognição em: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais.

Outro conceito também amplamente difundido na teoria cognitiva é o de esquemas, o qual muitas vezes é utilizado com sentido semelhante ao de crenças. Todavia, as crenças centrais se configuram como idéias e conceitos fundamentais e enraizados que uma pessoa tem acerca do mundo, de si mesma e dos outros. Tais crenças se formam durante a infância e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e a interpretação dos eventos vivenciados pelo indivíduo (KNAPP; ROCHA, 2003; KNAPP, 2004; BECK, J., 1997).

Por outro lado, o esquema se constitui como uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças que orientam o indivíduo em suas atitudes e posturas nos mais variados eventos de sua vida. São padrões ordenadores da experiência que ajudam os indivíduos a explicá-la, a

mediar sua percepção e guiar suas respostas (KNAPP, 2004; KNAPP; ROCHA, 2003, RANGÉ, 2001).

Já as crenças intermediárias ou pressupostos subjacentes são influenciados pelas crenças centrais e se constituem como regras, padrões, normas, premissas e atitudes que as pessoas adotam para guiar sua conduta. Tais crenças pressupõem que, se determinadas regras, normas e atitudes forem cumpridas, não haverá problemas e o indivíduo se manterá relativamente estável e produtivo (BECK, J., 1997; KNAPP, 2004).

Os pensamentos automáticos são pensamentos espontâneos que fluem na nossa mente a partir dos acontecimentos do dia a dia e podem ser ativados por eventos externos ou internos. Eles ocorrem independentemente de deliberação - por isso são chamados de automáticos- e podem ocorrer também na forma de imagens (KNAPP, 2004; KNAPP; ROCHA, 2003).

Aaron Beck (1964) propõe um modelo cognitivo segundo o qual os sintomas cognitivos, motivacionais e vegetativos de transtornos psíquicos podem ser causados e mantidos por distorções nos três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças (intermediárias e nucleares) e esquemas. O indivíduo com algum transtorno psiquiátrico apresenta, assim, uma percepção distorcida de si, do mundo e dos outros, e do futuro, o que foi denominado por Beck de “Tríade Cognitiva”. Essas percepções distorcidas são erros cognitivos no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativos do indivíduo, por isso lhe parecem óbvias e naturais. Elas se manifestam, em seu nível mais superficial, sob a forma de pensamentos automáticos distorcidos, também conhecidos por distorções cognitivas.

O presente estudo vai se deter nas esferas da cognição relativas aos pensamentos, mais especificamente nos pensamentos obsessivos, e aos esquemas. Tais pontos serão melhor elucidados a seguir.

3.2 PENSAMENTOS OBSESSIVOS

De acordo com o DSM-IV, as obsessões são pensamentos, idéias, impulsos, imagens ou cenas que invadem a mente, a consciência a despeito da vontade do sujeito, de forma repetitiva, persistente e estereotipada. Elas não se constituem como meras preocupações com problemas da vida e são vivenciadas como ego-distônicas, ou seja, são experimentadas como intrusivas e inapropriadas. Dessa maneira, o indivíduo reconhece os pensamentos como pertencentes a sua própria mente, e não como vindos de fora, mas tem a sensação de que o

conteúdo de seus pensamentos lhe é estranho e que estes não estão sob seu controle. O indivíduo é capaz de perceber as obsessões como excessivas e irracionais. Elas são acompanhadas de ansiedade e alto grau de desconforto. Algumas vezes o indivíduo tenta resistir a elas e outras vezes tenta neutralizá-las através de outros pensamentos ou ações.

Alguns temas estão ligados às obsessões mais comuns, como agressão, contaminação, conteúdo sexual, armazenagem e poupança, religião, simetria e obsessões somáticas. Há ainda as obsessões diversas, como imagens intrusivas não violentas, a necessidade de saber ou lembrar, preocupação com certos números, palavras ou cores, entre outras (SALKOVISKIS; KIRK, 1997).

Como já dito anteriormente, as obsessões podem levar a pessoa a adotar comportamentos como resposta à obsessão ou devido a regras que devem ser seguidas. Esses comportamentos ou atos mentais são denominados compulsões e têm a função de prevenir ou reduzir o desconforto advindo das obsessões. A prevenção ligada à obsessão não tem uma conexão lógica com o que se pretende evitar e é, na maioria das vezes, excessiva (APA, 2000).

As compulsões mais comuns se referem à limpeza ou lavagem; verificação ou controle; repetições; contagens; ordens, arranjos ou sequências e a acumular ou colecionar. Há ainda as compulsões diversas que podem se referir a comportamentos ritualizados, tocar ou roçar em objetos, medidas para evitar se ferir ou ferir os outros, rituais mentais diversos, entre outras (SALKOVISKIS; KIRK, 1997).

Um estudo realizado por Rachman e Silva (1978), e posteriormente replicado por Salkovskis e Harrison (1984), deu origem ao que foi chamado de “Modelo Cognitivo do Transtorno Obsessivo-compulsivo”. Esse modelo preconiza que os pensamentos obsessivos também costumam aparecer em populações não-clínicas com conteúdo semelhante. Todavia, a diferença entre intrusões normais e obsessões clínicas é que estas últimas são vistas com responsabilidade pessoal, é dado um significado, uma interpretação ou é feito qualquer tipo de julgamento em relação à intrusão. São essas apreciações negativas que fazem com que a pessoa tente neutralizar ou prevenir o pensamento e quaisquer tipos de resultados potencialmente perigosos associados a ele. Já na população não-clínica, tais pensamentos existem, todavia estão menos associados a alto nível de estresse, são menos frequentes e duram menos tempo.

Dessa maneira, apenas algumas pessoas avaliariam os pensamentos intrusivos como obsessões clínicas e tal fato estaria ligado às crenças dessas pessoas. Tais crenças, como já dito anteriormente, vão influenciar a forma como essas pessoas percebem e interpretam as

situações externas e os estímulos internos, como é o caso dos pensamentos intrusivos e impulsos. As crenças disfuncionais desses indivíduos estariam relacionadas à avaliação negativa dos pensamentos intrusivos e conseqüente desenvolvimento das obsessões (OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP, 1997, 2001, 2003, 2005, apud ABRAMOWITZ et al., 2006).

Vale ressaltar que as obsessões e compulsões estão presentes prioritariamente no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), mas também podem ocorrer em outros transtornos, como afetivos, de ansiedade, alimentares, entre outros. Todavia, nesses casos, as repercussões de tais sintomas são menores (SPINELLA, 2005).

3.3 ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

A noção de esquema passou ser utilizada como um constructo cognitivo com Bartlett, em 1932, quando ele constatou que o entendimento e as lembranças de eventos que as pessoas tinham eram extremamente influenciados e moldados por suas expectativas. Ele sugeriu que as expectativas tinham uma forma de representação esquemática, que afetava a maneira como as pessoas compreendiam os eventos (DUARTE; NUNES; KRISTENSEN, 2008).

Ainda na década de 30, o termo também foi utilizado por Piaget, para quem um esquema organiza a experiência e também se constitui através dela. Para ele, os esquemas eram compostos por padrões de ação organizados na memória para a compreensão de eventos, situações e conceitos, que ocorriam quando o sujeito se encontrava em contato com o ambiente (LEAHY, 2002).

A partir de 1964, ao perceber a continuidade dos conteúdos das crenças durante o curso crônico e recorrente dos episódios depressivos, o que sugeria que as crenças permaneciam inativas ou latentes, Aron Beck também passa a utilizar-se do conceito de esquemas advindo da psicologia cognitiva. Ele sugeriu que essas crenças poderiam ser formadas relativamente cedo na vida do indivíduo e agrupadas em estruturas cognitivas chamadas de esquemas. Ele acreditava que a ativação de certos esquemas cognitivos era o problema central da depressão e poderiam ser apontados como tendo um papel primário na formação e produção de diversos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais (BECK, 1991).

De acordo com Aron Beck (1997), um esquema funciona como uma estrutura que vai filtrar, codificar e avaliar os estímulos aos quais o organismo é submetido e, com base nessa matriz de esquemas é que o indivíduo consegue orientar-se em relação ao tempo e ao espaço e

categorizar e interpretar as experiências de maneira a produzir significado. Para ele, os esquemas vão contaminar, de maneira consistente, a nossa interpretação dos acontecimentos. Para Beck, esses esquemas podem ser disfuncionais ou não.

Em consonância com a definição de Beck, Young (2003) elaborou uma teoria sobre esquemas e os nomeou de “Esquemas Iniciais Desadaptativos”, os quais serão utilizados como referência principal para o presente estudo. De acordo com ele, o Esquema Inicial Desadaptativo (EID) é o nível mais profundo da cognição. Eles se desenvolvem durante a infância e se referem a temas extremamente estáveis e duradouros. São disfuncionais em um grau significativo e são elaborados ao longo da vida, servindo como modelos para o posterior processamento da experiência.

Os EIDs são decorrentes de experiências desagradáveis que se repetem, de maneira regular, ao longo da vida do indivíduo e fazem com que seja impossível o preenchimento de algumas necessidades fundamentais para os seres humanos (vínculo seguro com outras pessoas, incluindo proteção, estabilidade e segurança; autonomia, competência e senso de identidade; liberdade para expressar emoções e necessidades; espontaneidade e diversão; e limites precisos e autocontrole). Nem todos os esquemas possuem trauma em sua origem, todavia são padrões destrutivos e causadores de sofrimento (YOUNG, 2003).

Young e colaboradores (2008) identificaram um total de 18 EIDs, os quais seriam:

1. Abandono/Instabilidade - Refere-se à falta de confiança ou instabilidade percebida nas pessoas que estão disponíveis para o apoio. Leva ao sentimento de que as pessoas que lhe são importantes, não serão capazes de lhe proporcionar apoio emocional, conexão, força ou proteção, por serem emocionalmente instáveis, imprevisíveis ou não confiáveis.
2. Desconfiança/Abuso - Envolve a expectativa de que os outros, propositalmente ou por negligência, vão abusar, humilhar, mentir, trapacear, manipular ou tirar vantagem.
3. Privação Emocional - Relaciona-se a expectativa de que o desejo de receber apoio emocional em um grau normal, não será adequadamente atendido. As principais formas de privação emocional são: *privação de carinho*, que se relaciona a falta de atenção, afeto, carinho ou companheirismo; *privação de empatia*, ligada a não sentir-se compreendido e acolhido pelo outro; *privação de proteção*, referente à ausência de força, orientação e direção por parte do outro.

4. Defectividade/Vergonha - Tem relação com o sentimento de ser mau, defectivo, indesejado, inferior ou inválido em aspectos importantes e, devido a isso, não seria digno do amor das pessoas importantes para si. Pode estar ligado a maior sensibilidade a críticas, rejeição, culpa, que levam a comparações, insegurança e sentimento de vergonha.
5. Isolamento Social/ Alienação - Está relacionado ao sentimento de estar isolado do resto do mundo, de ser diferente dos outros e não fazer parte de nenhum grupo ou comunidade.
6. Dependência/ Incompetência - Refere-se à crença de não ser capaz de realizar, de maneira competente, as atividades diárias, sem ajuda consistente de outras pessoas. Algumas vezes apresenta-se como desamparo.
7. Vulnerabilidade/ Incompetência - Diz respeito a um medo exacerbado de que uma catástrofe ocorra a qualquer momento e de não ser capaz de evitá-la.
8. Emaranhamento/ Self Subdesenvolvido - Relaciona-se a um envolvimento emocional excessivo e proximidade com uma ou mais pessoas significativas, em detrimento de sua individuação ou do desenvolvimento social normal. Algumas vezes há a crença de que não pode ser feliz sem o constante apoio de outros, o que pode levar ao sentimento de vazio ou de não ter direção.
9. Fracasso - Refere-se à crença de ter falhado e a certeza de que fracassará em áreas de realização por ser fundamentalmente inadequado em relação aos outros. Tem relação com a crença de ser burro, sem talento, inapto.
10. Merecimento/ Grandiosidade - tem relação com a crença de ser superior às outras pessoas, de ter direitos ou privilégios especiais ou de não ter que obedecer normas que regulam a interação social. Em geral envolve a insistência em fazer tudo o que deseja, sem se preocupar com os prejuízos que possa vir a causar aos outros. Busca a superioridade, como se relacionar com pessoas famosas ou bem sucedidas, com a finalidade de obter o poder ou controle.
11. Autocontrole/ Autodisciplina Insuficientes - Dificuldade ou recusa em se auto-controlar ou se submeter à frustração para atingir metas e objetivos pessoais. Há uma ênfase exagerada na evitação do desconforto, à custa da realização pessoal ou comprometimento.
12. Subjugação - Relaciona-se a excessiva submissão ao controle dos outros, a fim de evitar raiva, retaliação ou abandono. Consiste principalmente em:

subjugação das necessidades, suprime preferências, decisões e desejos pessoais e *subjugação das emoções*, suprime expressão emocional, sobretudo a raiva. Envolve a percepção de que seus desejos, opiniões e sentimentos não são válidos e se expressa como obediência excessiva.

13. Auto-sacrifício - Mantém foco excessivo no atendimento voluntário das necessidades de outras pessoas a despeito de sua própria gratificação. Isso é feito com o intuito de evitar causar dor ao outro, sentir-se egoísta ou manter conexão com pessoas percebidas como carentes. Algumas vezes a pessoa sente que suas próprias necessidades não estão sendo atendidas.
14. Busca de Aprovação/Busca de reconhecimento - Busca excessiva de obter aprovação, reconhecimento ou atenção das pessoas. A Auto-estima depende principalmente das reações alheias e não de evidências ambientais. Algumas vezes inclui ênfase exagerada em status, aparência, realização e aceitação social, como sendo meios para obter aprovação, admiração e atenção.
15. Negativismo/Pessimismo - Refere-se a um foco generalizado em aspectos negativos, (como sofrimento, morte, decepção, perda, culpa, ressentimento) e minimização ou negligência de aspectos positivos ou otimistas. Geralmente há expectativa exagerada de que algo vai acabar dando muito errado e medo exacerbado de cometer erros que tragam consequências muito graves, o que acaba por levar a pessoa a preocupação, vigilância, queixas ou indecisão crônicas.
16. Inibição Emocional - Relaciona-se a uma inibição excessiva de sentimentos e ação espontâneos para evitar desaprovação por parte dos outros, sentimentos de vergonha ou perda de controle dos próprios impulsos. As áreas mais comuns de inibição são: controle da raiva e agressão, inibição de impulsos positivos, dificuldade de expressar vulnerabilidade ou comunicar livremente seus sentimentos e necessidades e ênfase na racionalidade desconsiderando as emoções.
17. Padrões Inflexíveis/ Postura Crítica Exagerada - Está ligado a crença de que é necessário um grande esforço para que se consiga atingir padrões elevados internos de comportamento e desempenho a fim de evitar críticas. Tem como resultado o sentimento de pressão e a dificuldade para relaxar, além da postura crítica exagerada em relação a si mesmo e aos outros. Envolve prejuízo no prazer, relaxamento, saúde, auto-estima, sensação de realização e de

relacionamentos satisfatórios. Tais padrões se apresentam como *perfeccionismo*, atenção exacerbada a detalhes e subestimação de seu desempenho, *regras rígidas* sobre a maneira como as coisas deveriam ser em diversas áreas da vida e *preocupação com tempo e eficiência*, relacionada à necessidade de fazer sempre mais do que se faz.

18. Postura Punitiva - Relaciona-se a crença de que as pessoas devem ser punidas com severidade quando cometem erros, leva a tendência de estar com raiva, ser intolerante, punitivo e impaciente com as pessoas que não correspondem as suas expectativas. Dificuldade de perdoar, pois reluta em considerar circunstâncias atenuantes, aceitar a imperfeição humana ou empatizar com sentimentos dos outros.

Os referidos EIDs se dividem em cinco amplos domínios que, de acordo com a hipótese de Young (2003), dizem respeito às necessidades da criança que não foram atendidas. Esses domínios seriam: Desconexão e rejeição, Autonomia e desempenho prejudicados, Limites prejudicados, Orientação para o outro, Supervigilância e inibição.

Desconexão e rejeição se referem ao não atendimento de necessidades como segurança, estabilidade, carinho, empatia, compartilhamento de sentimentos, aceitação e respeito. Neste caso, em geral, a família de origem é tipicamente desligada, solitária, explosiva, imprevisível ou abusiva, com comportamentos rejeitadores e refreadores. Esse domínio engloba os EIDs de Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defectividade/Vergonha e Isolamento Social/Alienação.

O segundo domínio, *Autonomia e desempenho prejudicados*, se referem às expectativas da pessoa sobre si mesma e sobre o ambiente que interferem na percepção de sua capacidade de separar-se, sobreviver, funcionar independentemente ou ter um bom desempenho. Tipicamente a família de origem é emaranhada e abala a confiança da criança em si mesma. É superprotetora ou não consegue reforçar a criança para que ela tenha um desempenho competente fora da família. Nesse domínio se encontram os EIDs de Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade/Incompetência, Emaranhamento/Self Subdesenvolvido e Fracasso.

O domínio seguinte é o dos *Limites Prejudicados*, o qual, em geral, ocorre em indivíduos cujas famílias de origem são tipicamente caracterizadas como permissivas e excessivamente indulgentes. Há uma falta direção ou um senso de superioridade, não há confrontação, disciplina e limites apropriados em relação a assumir responsabilidades,

cooperar de maneira recíproca e estabelecer metas. Em alguns casos, a criança não aprendeu a tolerar níveis normais de desconforto ou não recebeu a supervisão, direção ou orientação adequados. Isso leva a uma deficiência nos limites internos, na responsabilidade para com os outros ou na orientação para objetivos de longo prazo. Nesse domínio estão os EIDs de Merecimento/Grandiosidade e Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes.

O quarto domínio, denominado *Orientação para o outro*, se refere a um foco excessivo nos desejos, sentimentos e respostas dos outros em detrimento de suas próprias necessidades. O objetivo é de obter amor e aprovação, se sentir conectado com os outros ou evitar retaliação. Nesses casos, a família de origem do indivíduo geralmente se baseia na aceitação condicional, ou seja, as crianças precisam suprimir aspectos importantes de si mesmas para obter amor, atenção e aprovação. Em muitos casos, as necessidades e desejos emocionais dos pais, ou aceitação e *status* social são mais valorizados que as necessidades e sentimentos da criança. Esse domínio contempla os EIDs de Subjugação, Autossacrifício, Busca de Aprovação/Busca de Reconhecimento.

O último domínio é o de *Supervigilância e inibição*, que ocorre em indivíduos cuja família de origem é tipicamente severa, exigente e, muitas vezes, punitiva. Normalmente desempenho, dever, perfeccionismo, seguir regras, esconder emoções e evitar erros se sobrepõem ao prazer, à alegria e ao relaxamento. Na família também existe, muitas vezes, uma propensão ao pessimismo e à preocupação de que as coisas não darão certo, caso a pessoa não seja vigilante e cuidadosa o tempo todo. Isso acaba por levar a uma ênfase excessiva na supressão dos sentimentos, dos impulsos e das escolhas pessoais espontâneas ou na criação de regras e rígidas expectativas internalizadas sobre o desempenho e comportamento ético. Isso ocorre à custa da felicidade, autoexpressão, relaxamento, relacionamentos íntimos ou saúde. Tal domínio engloba os EIDs de Negativismo/Pessimismo, Inibição Emocional, Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada e Caráter Punitivo.

No esquema foram identificados três processos - manutenção do esquema, evitação do esquema e compensação do esquema - por meio dos quais os esquemas permanecem vivos e continuam funcionando na vida psíquica do indivíduo. A manutenção está vinculada aos processos que reforçam os esquemas, como as distorções cognitivas e os padrões de comportamento autoderrotistas. A evitação se refere a uma tentativa do indivíduo de não entrar em contato com o sofrimento que seria decorrente da ativação de um EID. Já a compensação do esquema vai se referir à adoção de estilos cognitivos e comportamentais que são o oposto do que seria predito por seus esquemas iniciais (YOUNG, 2003; YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Estudos mostram que os esquemas, devido a sua influência na memória, nas emoções, nas sensações corporais, nos pensamentos e demais cognições, acabam por direcionar a percepção que o indivíduo tem de si e dos relacionamentos que desenvolveu ao longo de sua vida. Dessa maneira, seria explicada a associação entre esquemas desadaptativos e algumas psicopatologias (HUESMANN, 1998 apud LORH; HEDWIG; FRENCH, 2004).

Atualmente é mais estudada a relação entre os transtornos de personalidade de maneira geral e os esquemas desadaptativos (LEAHY, 2007; SPECHT; CHAPMAN; CELLUCCI, 2009; YOUNG, 2008). Todavia também se avaliou a relação entre esquemas desadaptativos e temas psicóticos (MOORHEAD, 2005), assim como entre esquemas e transtornos de ansiedade (LEAHY, 2002, 2007; SOOKMAN; PINARD, 1999; WRIGHT; CRAWFORD; DEL CASTILLO, 2009).

Aron Beck (1997) apontou dois esquemas como sendo particularmente importantes para a vulnerabilidade cognitiva à depressão. Esses esquemas seriam a necessidade de aprovação e aceitação e uma inclinação para críticas exacerbadas sobre si mesmo. O primeiro direciona a pessoa para a percepção e interpretação de rejeição nos relacionamentos interpessoais. Essas pessoas, independentemente da realização pessoal, conferem muita ênfase ao fato de sentirem-se valorizadas. O segundo orienta a pessoa a automonitoramento e críticas exacerbadas, o que acaba por indicar a percepção de incompetência e falha pessoal.

A relação entre esquemas desadaptativos e sintomas depressivos foi avaliada em outros estudos. Moorhead (2005), utilizando a *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) para avaliar esquemas disfuncionais, demonstrou que existe uma associação entre sintomas depressivos e esquemas disfuncionais. Wright, Crawford e Del Castillo (2009) avaliaram que abuso emocional e negligência emocional na infância, levam ao desenvolvimento de EIDs de Defectividade/Vergonha, Vulnerabilidade/Incompetência e Auto-sacrifício e que tais circunstâncias se relacionam a sintomas depressivos. Outro estudo demonstrou que a relação entre ser vítima de violência por parte do companheiro e sintomas de depressão é mediada principalmente por EIDs dos domínios de Desconexão e Rejeição, mas também por esquemas dos domínios de Autonomia e Desempenho Prejudicados e Orientação para o Outro (CALVETE ESTÉVEZ; CORRAL, 2007). Specht, Chapman e Cellucci (2009) constataram que esquemas do domínio de Desconexão e Rejeição estavam relacionados a sintomas depressivos. Foi visto também que esquemas negativos podem funcionar como preditores de um episódio depressivo (EVANS et al., 2005).

Foi avaliada ainda a relação entre esquemas desadaptativos e um novo episódio depressivo. Esse estudo utilizou a DAS e constatou que esquemas desadaptativos

funcionavam como um fator de vulnerabilidade cognitiva para o surgimento de um novo episódio depressivo (VOYER; CAPPELIEZ, 2002).

3.4 PENSAMENTOS OBSESSIVOS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS NO PUERPÉRIO

Os pensamentos obsessivos são mais comuns no puerpério que na gravidez (BROCKINGTON; MACDONALD; WAINSCOTT, 2006). Um estudo realizado com mulheres da região metropolitana do Recife-PE mostrou que 63% das mulheres no puerpério apresentavam alguma obsessão e/ou compulsão (ZAMBALDI, 2008).

Outro estudo feito com puérperas e seus companheiros demonstrou que 89,4% dos participantes tiveram, em algum momento, pensamentos estressantes sobre o bebê e que a maioria deles se utilizava de alguma estratégia para neutralizar esses pensamentos (ABAMOWITZ et al., 2006). Dessa maneira, Hall e Wittkowski (2006) afirmam que os pensamentos obsessivos e negativos durante o puerpério são comuns também em mulheres saudáveis.

A DPP está mais associada a pensamentos obsessivos que episódios depressivos que ocorrem fora do puerpério (WISNER et al., 1999). Mulheres com DPP apresentam sete vezes mais risco de apresentar sintomas obsessivo-compulsivos que as puérperas não deprimidas (ZAMBALDI, 2008). Estudos revelam que mães deprimidas apresentam mais pensamentos de causar danos ao bebê, quando comparadas a mães não deprimidas, e uma maior frequência de pensamentos obsessivos, quando comparadas a mulheres deprimidas fora do puerpério (JENNINGS et al., 1999; WISNER et al., 1999).

O conteúdo dos pensamentos obsessivos apresentados pelas puérperas se assemelha ao das obsessões clínicas apresentadas no TOC, como violência, contaminação e dúvida. Todavia, também são muito comuns pensamentos ou imagens visuais envolvendo a criança. Temas usuais relativos ao bebê estariam relacionados ao bebê se sufocar, acidente, idéias de contaminação, idéias de conteúdo sexual, de doença, medo de perdê-lo e agressão intencional (ABRAMOWITZ, 2006, 2007; ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003).

Alguns exemplos dos pensamentos mencionados seriam: jogar água fervendo sobre o bebê, jogá-lo no rio sempre que passa por uma ponte, colocá-lo no microondas, afogá-lo, apunhalá-lo, arremessá-lo escada abaixo ou contra a parede. Exemplos de imagens visuais obsessivas em relação ao bebê seriam: vê-lo morrendo sufocado no berço, sendo picado por

insetos, sofrendo um acidente, sangrando, sendo comido por tubarões ou com a cabeça machucada (ZAMBALDI, 2008; WISNER et al., 1999).

Os pensamentos obsessivos algumas vezes podem vir acompanhados de sintomas compulsivos. Pensamentos obsessivos agressivos apresentados por mães com DPP estão altamente associados a compulsões de checagem (WISNER et al., 1999), a compulsão de verificação e controle, e a compulsão de limpeza/lavagem (ZAMBALDI, 2008). Em puerpéras com DPP e saudáveis, foram observados comportamentos de reassseguramento, checagem e busca de apoio social (ABRAMOWITZ et al., 2006).

Observou-se que a presença de pensamentos disfuncionais ao longo da vida se configura como um fator de risco para o desenvolvimento de obsessões e compulsões no pós-parto. Todavia sabe-se que vários outros fatores, ainda não suficientemente conhecidos, estão relacionados à presença de obsessões e compulsões no pós-parto (ABRAMOWITZ et al., 2006).

Vale ressaltar que não existe, no Brasil, um instrumento especificamente delineado para avaliar pensamentos obsessivos no puerpério. Para mensurar pensamentos obsessivos a escala mais utilizada é a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs), entretanto este instrumento não se refere aos pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos mais recorrentes no pós-parto que, em sua maioria, dizem respeito ao recém-nascido e seus cuidados.

Sobre os esquemas disfuncionais, tem-se um estudo longitudinal que avaliou esquemas negativos e o início de um episódio depressivo em mulheres durante a gestação e posteriormente com oito semanas, oito, 21 e 33 meses depois do parto. Tal estudo demonstrou a associação entre esquemas negativos e início de um episódio depressivo (EVANS et al., 2005). Esse estudo não avaliou, contudo, quais os principais EIDs, propostos por Young (2003), presentes na depressão pós-parto e não foi encontrado outro estudo que fizesse tal avaliação.

Dessa maneira, apesar do crescente número de estudos sobre a DPP, ainda existem muitos questionamentos acerca dos padrões cognitivos e de comportamentos de mulheres com esse transtorno. Quais seriam os principais pensamentos intrusivos em relação ao seu bebê das mulheres com DPP? Estas se utilizariam de alguma estratégia para neutralizar esses pensamentos? Que estratégias seriam mais utilizadas? A DPP estaria associada a algum tipo de EIDs específico? Respostas a essas perguntas nos levariam a uma maior compreensão da DPP e conseqüentemente a possibilidades de intervenções terapêuticas mais eficazes.

4 OBJETIVOS

Este capítulo versa a respeito dos objetivos do presente estudo.

4.1 OBJETIVOS GERAIS

Estudar os pensamentos obsessivos relacionados ao bebê, assim como os Esquemas Iniciais Desadaptativos presentes em mulheres com depressão pós-parto atendidas em serviço de saúde público na cidade do Recife-PE, no período de janeiro a julho de 2010.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a tradução para o português e adaptação do “*Postpartum Thoughts and Behavior Checklist*” (Checklist de Pensamentos e Comportamentos do Pós-parto) (Apêndice A).
- Identificar se existe diferença significativa entre fatores bio-sócio-demográficos nas mulheres com DPP e nas saudáveis.
- Comparar se existe diferença significativa na frequência dos pensamentos obsessivos relacionados ao bebê entre o grupo de mulheres com DPP e o grupo de puérperas não deprimidas.
- Discriminar os temas mais frequentes dos pensamentos obsessivos nas mulheres com DPP, assim como nas puérperas não deprimidas.
- Comparar se existe diferença significativa na frequência de Esquemas Iniciais Desadaptativos do grupo de mulheres com DPP com a do grupo de puérperas não deprimidas.
- Identificar os Esquemas Iniciais Desadaptativos mais frequentes em puérperas com DPP, assim como nas puérperas não deprimidas.

5 METODOLOGIA

Este capítulo versa a respeito do da metodologia utilizada pelo presente estudo.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo descritivo de corte transversal.

5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 91 puérperas, 26 com DPP e 65 não deprimidas, procedentes da região metropolitana do Recife-PE que estivessem entre duas e 26 semanas após o parto.

5.3 LOCAL E PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, um hospital da rede pública de saúde, situado em Recife-PE. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a agosto de 2010.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estabeleceu-se como critério de inclusão neste estudo, puérperas:

- 1) que estivessem entre duas a 26 semanas de pós-parto;
- 2) que aceitassem participar voluntariamente do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- 3) que fossem capazes de falar, ler e entender português;
- 4) que tivessem dado a luz a um bebê referido por elas como saudável;
- 5) que, caso fossem menores de 18 anos, estivessem acompanhadas por um responsável que assinasse termo de consentimento livre e esclarecido.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Decidiu-se que seriam excluídas deste estudo mulheres:

- 1) que estivessem em surto psicótico;
- 2) que não completassem a entrevista;
- 3) que tivessem uma participação pregressa no estudo;
- 4) que não preenchessem os critérios de inclusão.

5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

No presente estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos, os quais serão melhor explicados a seguir: Questionário bio-socio-demográfico, Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV para episódio depressivo, Postpartum Thoughts and Behavior Checklist e Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida.

5.6.1 Questionário bio-sócio-demográfico

O questionário (Anexo A) bio-socio-demográfico é um instrumento elaborado pela autora da pesquisa, a fim de avaliar dados como: tempo de pós-parto, tipo de parto, possíveis complicações na gestação ou no parto, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar da puérpera, assim como a presença de problemas de saúde e história pessoal e familiar de transtornos psiquiátricos. Esse instrumento foi preenchido pelo entrevistador.

5.6.2 Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV para episódio depressivo

A Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) é uma entrevista clínica semiestruturada que se baseia nos critérios diagnósticos do DSM-IV (Anexo B). É tida como o padrão-ouro para diagnóstico de transtornos psiquiátrico do eixo-I em pesquisas. Embora as suas perguntas sejam estruturadas, a pontuação permite um julgamento clínico por parte do entrevistador, com relação à presença de determinado critério. Dessa maneira, é um instrumento que foi desenvolvido para ser administrado por clínicos ou profissionais de saúde devidamente capacitados. No presente estudo, só foi utilizada a parte referente à depressão.

Del-Ben e colaboradores (2001) realizaram a tradução e adaptação da SCID para o português e também foi avaliada a sua confiabilidade, quando se verificou que o instrumento apresentou bons índices de confiabilidade no diagnóstico psiquiátrico.

5.6.3 Postpartum Thoughts and Behavior Checklist (PTBC)

O PTBC (versão traduzida para o português do Brasil e adaptada) (Anexo C) é uma entrevista semiestruturada que avalia a presença e o conteúdo de pensamentos intrusivos relacionados ao pós-parto, mais especificamente ao bebê, e as estratégias de neutralização utilizadas. Esse instrumento inclui três sessões. Na primeira, o entrevistador define e normaliza a experiência de ter pensamentos intrusivos estressantes logo após o nascimento do bebê. São dados exemplos de pensamentos intrusivos e o participante é encorajado a discutir seus próprios pensamentos intrusivos.

A segunda sessão contém um *checklist* com 35 pensamentos intrusivos do pós-parto, que são divididos em sete categorias: (a) pensamentos relacionados ao sufocamento, (b) pensamentos indesejados agressivos/violentos, (c) acidentes/responsabilidade, (d) pensamentos sobre perder o bebê, (e) contaminação, (f) obsessões sexuais e (g) doença.

A terceira sessão contém um *checklist* similar ao da sessão anterior, pois traz 12 estratégias mentais e comportamentais, que os novos pais costumam utilizar para manejar os pensamentos indesejados relacionados ao bebê.

O processo de tradução para o português do Brasil e adaptação do instrumento foi realizado pela autora do presente estudo (ver Apêndice A)

5.6.4 Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida

O *Young Schema Questionnaire - Short Form* (YSQ-S2) é um instrumento que avalia os 15 Esquemas Iniciais Desadaptativos considerados como centrais na cognição humana. É formado por 75 assertivas divididas em cinco domínios. Possui uma escala tipo *likert*, variando de 1 a 6, na qual os valores significam:

- 1) não me descreve de modo algum;
- 2) acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser;
- 3) acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser;
- 4) descreve o meu modo de ser;

- 5) descreve muito o meu modo de ser;
- 6) me descreve perfeitamente.

O questionário de Esquemas de Young (Anexo D) - versão curta foi traduzido e validado no Brasil e apresenta grau satisfatório de confiabilidade e de capacidade de discriminação (CAZAZA, 2007).

5.7 PROCEDIMENTOS

As mulheres foram entrevistadas em uma sala do Ambulatório de Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-PE), quando iam levar seus filhos para consultas ou vaciná-los.

As puérperas foram inicialmente convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas quanto aos objetivos desta. Após aceitarem voluntariamente, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo E).

Posteriormente, foram coletados dados referentes ao questionário bio-sócio-demográfico e, em seguida, houve a entrevista, na qual se utilizou o SCID-I, o PTBC e o YSQ-S2.

As entrevistas foram realizadas por dois psicólogos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, devidamente treinados para aplicação dos referidos instrumentos.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em 22/05/2009, sob protocolo nº 168/09 (Anexo F), incluindo cópia do TCLE, conforme res. 196/96 do Ministério da Saúde.

Às puérperas menores de 18 anos de idade foi solicitado o consentimento e a assinatura do TCLE pelo responsável.

As mulheres que foram diagnosticadas com DPP durante a pesquisa foram informadas e orientadas sobre a necessidade de tratamento e, quando apresentaram interesse, foram encaminhadas para o Ambulatório de depressão pós-parto, do Programa de Saúde Mental da Mulher da UFPE.

Foram obtidas cartas de anuência do ambulatório de puericultura (Anexo G) e do ambulatório de psiquiatria do HC-PE (Anexo H), para a realização da pesquisa e encaminhamento das puérperas deprimidas, respectivamente.

Esta pesquisa foi realizada em conjunto com o mestrando Tarciso Gomes Dutra, com a pesquisa intitulada “Avaliação do desempenho da memória autobiográfica na depressão pós-parto- um estudo comparativo”, cujo projeto de pesquisa também foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. Em alguns casos, a amostra de puérperas participou simultaneamente dos dois estudos.

5.9 MÉTODO ESTATÍSTICO

A seguir serão mencionadas algumas questões relativas ao método estatístico utilizado no presente estudo.

5.9.1 Variáveis

Foram utilizadas variáveis independentes. Após a aplicação da SCID-I, obtivemos como resultado “sim” ou “não” para episódio depressivo maior.

Com o preenchimento PTBC, avaliou-se a presença e o conteúdo dos pensamentos obsessivos e comportamentos das puérperas relacionados ao bebê.

O preenchimento do YSQ-S2 possibilitou a avaliação da presença e conteúdo de Esquemas Iniciais Desadaptativos nas mulheres entrevistadas.

5.9.2 Cálculo da amostra

Para a determinação do tamanho da amostra foram considerados:

- Objetivo comparativo dos dois grupos (mulheres com DPP e mulheres não deprimidas) em relação ao percentual de mulheres que tem pensamentos obsessivos no puerpério;
- Erro de 5%;
- Poder de 80%;
- Estimativas do percentual citado de 89, 7% entre as mulheres com DPP e 55, 3% nas puérperas não deprimidas (ZAMBALDI, 2009);

- Tamanho da amostra com razão a 2,5 não deprimidas por deprimidas.

Os cálculos foram obtidos através do EPI-INFO 6.04 para DOS. O resultado foi de 23 mulheres com DPP e 58 não deprimidas. Optou-se por entrevistar uma quantidade maior de mulheres para compensar alguma perda que porventura ocorresse. No total foram consideradas as entrevistas de 26 mulheres com DPP e 65 não deprimidas.

Não foi realizado o cálculo para se determinar o tamanho da amostra em relação aos EIDs porque não havia registro na literatura do percentual de esquemas disfuncionais na DPP.

5.9.3 Análise estatística

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (Técnicas de estatística inferencial).

A digitação dos dados foi realizada na planilha EXCEL e os cálculos estatísticos foram realizados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 15. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 5,0%.

6 RESULTADOS

Este capítulo versa a respeito dos resultados encontrados no presente estudo.

6.1 DADOS BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS À DPP

Na Tabela 1 se apresentam os resultados relativos ao parto. Dessa tabela se verifica que nenhuma das variáveis analisadas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 1 - Avaliação das variáveis relacionadas ao parto, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP N	%	Mulheres não deprimidas n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Classificação do peso					
Menos que 2.500 g	7	26,9	11	16,9	p ⁽¹⁾ = 0,279
2.500 g ou mais	19	73,1	54	83,1	
• Tipo de parto					
Normal	12	46,2	27	41,5	p ⁽²⁾ = 0,869
Cesário	14	53,8	37	56,9	
A fórceps	-	-	1	1,5	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Os resultados contidos na Tabela 2 versam sobre as intercorrências na gravidez ou no parto e demonstram que, em nenhuma das três variáveis analisadas, houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 2 - Avaliação das intercorrências na gravidez ou no parto, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP N	%	Mulheres não deprimidas N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Complicação na gravidez ou parto					
Sim	13	50,0	26	40,0	p ⁽¹⁾ = 0,384
Não	13	50,0	39	60,0	
• Complicação do bebê após o parto					
Sim	10	38,5	20	30,8	p ⁽¹⁾ = 0,481
Não	16	61,5	45	69,2	
• O bebê ficou internado após o parto					
Sim	10	38,5	21	32,3	p ⁽¹⁾ = 0,576
Não	16	61,5	44	67,7	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Sobre os dados relativos à gravidez, a tabela 3 mostra que a única diferença estatisticamente significativa entre os grupos ocorreu na questão: “A gravidez foi desejada?” que teve percentual mais elevado entre as pesquisadas do grupo das mulheres não deprimidas do que das mulheres com DPP.

Tabela 3 - Avaliação das questões relacionadas à gravidez, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• A gravidez foi desejada					
Sim	10	38,5	40	61,5	p ⁽¹⁾ = 0,046*
Não	16	61,5	25	38,5	
• Abortamento espontâneo					
Sim	5	19,2	11	16,9	p ⁽²⁾ = 0,769
Não	21	80,8	54	83,1	
• Tratamento para engravidar					
Sim	1	3,8	-	-	p ⁽²⁾ = 0,286
Não	25	96,2	65	100,0	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Da Tabela 4 destaca-se que a única diferença estatisticamente significativa se referiu ao “Histórico de transtorno psiquiátrico”.

Tabela 4 - Avaliação das questões relativas à saúde, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	n	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Teve algum problema de saúde					
Sim	8	30,8	8	12,3	p ⁽¹⁾ = 0,064
Não	18	69,2	57	87,7	
• Histórico de transtorno psiquiátrico					
Sim	8	30,8	3	4,6	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Não	18	69,2	62	95,4	
• Histórico de transtorno psiquiátrico na família					
Sim	12	46,2	25	38,5	p ⁽²⁾ = 0,500
Não	14	53,8	40	61,5	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

No que concerne aos dados relativos a faixa etária, estado civil e escolaridade (Tabela 5), se destaca que a maior diferença entre os grupos correspondeu às que eram casadas, 3,8% no grupo das mulheres com DPP e 27,7% no grupo das mulheres não deprimidas, diferença que se revelou estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 5 - Avaliação das questões relativas à faixa etária, estado civil e escolaridade, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
● Faixa etária					
Até 19 anos	7	26,9	13	20,0	p ⁽¹⁾ = 0,434
20 a 29 anos	15	57,7	34	52,3	
30 anos ou mais	4	15,4	18	27,7	
● Estado civil					
Solteira	11	42,3	21	32,3	p ⁽²⁾ = 0,049*
Casada	1	3,8	18	27,7	
Mora junto com companheiro	13	50,0	24	36,9	
Separado	1	3,8	2	3,1	
● Escolaridade					
Ensino fundamental incompleto	8	30,8	17	26,2	p ⁽²⁾ = 0,899
Ensino fundamental completo	3	11,5	4	6,2	
Ensino médio incompleto	3	11,5	9	13,8	
Ensino médio completo	9	34,6	23	35,4	
Ensino superior incompleto	3	11,5	9	13,8	
Ensino superior completo	-	-	3	4,6	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Dos resultados contidos na Tabela 6, destaca-se que em relação aos dados sócio-demográficos avaliados - questões relativas ao trabalho, renda familiar, número de pessoas dependentes da renda e número de filhos - não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 6 - Avaliação das questões relativas aos dados sócio-demográficos, segundo o grupo, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP N	%	Mulheres não deprimidas N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Você trabalha					
Sim	5	19,2	22	33,8	p ⁽¹⁾ = 0,168
Não	21	80,8	43	66,2	
• Renda familiar					
Até 1 salário mínimo	17	65,4	28	43,1	p ⁽²⁾ = 0,221
Entre 2 e 5 salários	9	34,9	34	52,3	
Entre 6 e 10 salários	-	-	2	3,1	
Acima de 20 salários	-	-	1	1,5	
• Pessoas dependentes da renda					
2 a 3	8	30,8	26	40,0	p ⁽¹⁾ = 0,700
4 a 5	12	46,2	25	38,5	
6 ou mais	6	23,1	14	21,5	
• Número de filhos incluindo o último					
Um filho	13	50,0	40	61,5	p ⁽¹⁾ = 0,313
Dois ou mais	13	50,0	25	38,5	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

6.2 DIFICULDADES NOS CUIDADOS PARA COM O BEBÊ RELACIONADOS À DPP

Das dificuldades das puérperas nos cuidados para com o bebê, (Tabela 7) é possível verificar que em nenhum dos itens avaliados houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 7 - Avaliação das dificuldades nos cuidados para com o bebê, no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP N	%	Mulheres não deprimidas n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Amamentar/alimentar seu bebê					
Sim	6	23,1	5	7,7	p ⁽¹⁾ = 0,125
Apenas no passado	6	23,1	19	29,2	
Não	14	53,8	41	63,1	
• Colocar seu bebê para dormir					
Sim	7	26,9	11	16,9	p ⁽²⁾ = 0,504
Apenas no passado	1	3,8	2	3,1	
Não	18	69,2	52	80,0	
• Dar banho no seu bebê					
Sim	6	23,1	5	7,7	p ⁽²⁾ = 0,124
Apenas no passado	2	7,7	5	7,7	
Não	18	69,2	55	84,6	
• Lavar as mãos e o rosto do bebê					
Sim	3	11,5	2	3,1	p ⁽²⁾ = 0,243
Apenas no passado	1	3,8	2	3,1	
Não	22	84,6	61	93,8	
• Cuidar do cabelo do bebê					
Sim	-	-	1	1,5	p ⁽²⁾ = 0,492
Apenas no passado	1	3,8	-	-	
Não	25	96,2	64	98,5	
• Vestir e tirar a roupa do bebê					
Sim	1	3,8	10	15,4	p ⁽²⁾ = 0,187
Apenas no passado	1	3,8	1	1,5	
Não	24	92,3	54	83,1	
• Limpar/trocar as fraldas quando o bebê faz xixi					
Sim	2	7,7	4	6,2	p ⁽²⁾ = 0,278
Apenas no passado	2	7,7	1	1,5	
Não	22	84,6	60	92,3	
• Limpar/trocar as fraldas quando o bebê faz cocô					
Sim	1	3,8	4	6,2	p ⁽²⁾ = 0,709
Apenas no passado	2	7,7	2	3,1	
Não	23	88,5	59	90,8	
• Tocar nos genitais do bebê na hora de trocar as fraldas					
Sim	6	23,1	9	13,8	p ⁽²⁾ = 0,479
Apenas no passado	1	3,8	2	3,1	
Não	19	73,1	54	83,1	
• Pegar no lixo relacionado ao bebê					
Sim	2	7,7	1	1,5	p ⁽¹⁾ = 0,195
Não	24	92,3	64	98,5	

Tabela 7 - Avaliação das dificuldades nos cuidados para com o bebê, no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(conclusão)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP N	%	Mulheres não deprimidas n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• Lavar as roupas do bebê					
Sim	2	7,7	-	-	p ⁽¹⁾ = 0,079
Não	24	92,3	65	100,0	
• Levar os bebê a locais públicos					
Sim	12	46,2	18	27,7	p ⁽¹⁾ = 0,191
Apenas no passado	-	-	1	1,5	
Não	14	53,8	46	70,8	
• Tocar no bebê ou deixar outros tocarem nele					
Sim	16	61,5	26	40,0	p ⁽²⁾ = 0,063
Não	10	38,5	39	60,0	
• Deixar o bebê sozinho enquanto ele está dormindo					
Sim	20	76,9	39	60,0	p ⁽¹⁾ = 0,335
Apenas no passado	-	-	1	1,5	
Não	6	23,1	25	38,5	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

6.3 PENSAMENTOS OBSESSIVOS EM RELAÇÃO AO BEBÊ RELACIONADOS À DPP

Na Tabela 8 se analisa os resultados dos pensamentos obsessivos relacionados ao sufocamento, onde é possível verificar que não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens avaliados.

Tabela 8 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados ao sufocamento no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(continua)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
● Bebê pode ter parado de respirar					
Sim	18	69,2	45	69,2	p ⁽¹⁾ = 0,196
Apenas no passado	1	3,8	10	15,4	
Não	7	26,9	10	15,4	
● Bebê está ficando sem ar					
Sim	14	53,8	29	44,6	p ⁽¹⁾ = 0,581
Apenas no passado	-	-	3	4,6	
Não	12	46,2	33	50,8	

Tabela 8 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados ao sufocamento no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(conclusão)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
● Bebê vai ficar sufocado enquanto Dorme					
Sim	18	69,2	42	64,6	p ⁽¹⁾ = 0,522
Apenas no passado	-	-	5	7,7	
Não	8	30,8	18	27,7	
● Bebê vai morrer de repente					
Sim	18	69,2	33	50,8	p ⁽¹⁾ = 0,226
Apenas no passado	-	-	4	6,2	
Não	8	30,8	28	43,1	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Dos pensamentos obsessivos relacionados à agressão/violência em puérperas se destaca que foram comprovadas diferenças significativas entre os grupos nos pensamentos: “De gritar, sacudir, ou dar tapa no bebê”, “De que o parceiro pode machucar o bebê” e “Outros atos danosos ou violentos”, todos mais presentes em mulheres com DPP, conforme resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados à agressão/violência no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

(continua)					
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	n	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• De bater muito forte no bebê					
Sim	8	30,8	11	16,9	p ⁽¹⁾ = 0,142
Não	18	69,2	54	83,1	
• De gritar, sacudir, ou dar tapa no bebê					
Sim	7	26,9	6	9,2	p ⁽²⁾ = 0,039*
Apenas no passado	1	3,8	1	1,5	
Não	18	69,2	58	89,2	
• De afogar de propósito o bebê					
Sim	1	3,8	1	1,5	p ⁽²⁾ = 0,492
Não	25	96,2	64	98,5	
• De esfaquear o bebê					
Sim	1	3,8	1	1,5	p ⁽²⁾ = 0,492
Não	25	96,2	64	98,5	
• De queimar o bebê na água quente					
Sim	1	3,8	1	1,5	p ⁽²⁾ = 0,322
Apenas no passado	1	3,8	1	1,5	
Não	24	92,3	63	96,9	

Tabela 9 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados à agressão/violência no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				(conclusão)
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		Valor de p
	n	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• De furar a moleira do bebê					
Sim	1	3,8	6	9,2	p ⁽²⁾ = 0,763
Apenas no passado	-	-	1	1,5	
Não	25	96,2	58	89,2	
• Outros atos danosos ou violentos					
Sim	4	15,4	2	3,1	p ⁽²⁾ = 0,019*
Apenas no passado	1	3,8	-	-	
Não	21	80,8	63	96,9	
• De que o parceiro pode machucar o bebê					
Sim	14	53,8	14	21,5	p ⁽²⁾ = 0,008*
Apenas no passado	-	-	2	3,1	
Não	12	46,2	49	75,4	

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

A Tabela 10 mostra que em todos os pensamentos obsessivos relacionados a acidentes/responsabilidade, o percentual foi mais elevado no grupo das mulheres com DPP do que nas não deprimidas. Todavia, as duas únicas diferenças estatisticamente significativas ocorreram nos pensamentos “Medo de que um animal pode atacar o bebê” e “Pensamentos do bebê se afogando durante o banho”.

Tabela 10 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados a acidentes/responsabilidade no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

(continua)					
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
● Pensamentos bebê morrendo por causa de um Acidente					
Sim	14	53,8	26	40,0	p ⁽¹⁾ = 0,550
Apenas no passado	1	3,8	4	6,2	
Não	11	42,3	35	53,8	
● Medo de deixar o bebê cair ou do bebê escorregar					
Sim	24	92,3	48	73,8	p ⁽¹⁾ = 0,204
Apenas no passado	-	-	2	3,1	
Não	2	7,7	15	23,1	
● Medo de o bebê ser machucado se for pego de maneira errada					
Sim	21	80,8	49	75,4	p ⁽¹⁾ = 0,724
Apenas no passado	-	-	3	4,6	
Não	5	19,2	13	20,0	

Tabela 10 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados a acidentes/responsabilidade no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• Medo de o bebê se asfixiar com alguma coisa					
Sim	23	88,5	50	76,9	p ⁽¹⁾ = 0,494
Apenas no passado	-	-	2	3,1	
Não	3	11,5	13	20,0	
• Medo de que um animal pode atacar o bebê					
Sim	21	80,8	37	56,9	p ⁽²⁾ = 0,033*
Não	5	19,2	28	43,1	
• Pensamentos do bebê se afogando durante o banho					
Sim	13	50,0	16	24,6	p ⁽¹⁾ = 0,026*
Apenas no passado	1	3,8	1	1,5	
Não	12	46,2	48	73,8	
• Pensamentos sobre um acidente de carro envolvendo o bebê					
Sim	12	46,2	29	44,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
Apenas no passado	-	-	2	3,1	
Não	14	53,8	34	52,3	
• Pensamentos sobre alguma coisa acontecendo com você e você não poder tomar conta do bebê					
Sim	18	69,2	39	60,0	p ⁽¹⁾ = 0,794
Apenas no passado	1	3,8	4	6,2	
Não	7	26,9	22	33,8	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Dos pensamentos obsessivos relacionados à perda do bebê (Tabela 11), observa-se que entre os grupos as maiores diferenças percentuais com valor mais elevado para os que responderam “Sim” no grupo das mulheres com DPP foram registradas no item: “Pensamentos indesejados de abandonar o bebê e “Medo de esquecer o bebê na cadeirinha do carro”, sendo estes as únicas diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 11 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados à perda do bebê no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas puérperas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(continua)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• Medo de esquecer o bebê na cadeirinha do Carro					
Sim	9	34,6	9	13,8	p ⁽¹⁾ = 0,025*
Não	17	65,4	56	86,2	

Tabela 11 - Avaliação dos pensamentos obsessivos relacionados à perda do bebê no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas puérperas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(conclusão)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Pensamentos indesejados de abandonar o Bebê					
Sim	7	26,9	1	1,5	p ⁽²⁾ = 0,001*
Não	19	73,1	64	98,5	
• Medo de alguém poder levar o bebê					
Sim	24	92,3	52	80,0	p ⁽²⁾ = 0,456
Apenas no passado	-	-	2	3,1	
Não	2	7,7	11	16,9	
• Pensamentos indesejados sobre abandonar o bebê em algum lugar quando ele/ela esta Chorando					
Sim	3	11,5	3	4,6	p ⁽²⁾ = 0,536
Apenas no passado	-	-	1	1,5	
Não	23	88,5	61	93,8	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Dos pensamentos obsessivos de contaminação, (Tabela 12) observa-se que a maior diferença percentual ocorreu com as mulheres que responderam afirmativamente ao item “Pensamentos de o bebê ficar doente por desgaste físico”, sendo esta a única diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 12 - Avaliação dos pensamentos obsessivos de contaminação no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas

(continua)					
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
● Pensamentos sobre o bebê ficando doente por ficar no chão ou em outros lugares que não estejam limpos					
Sim	15	57,7	29	44,6	p ⁽¹⁾ = 0,259
Não	11	42,3	36	55,4	
● Pensamentos do bebê ficando doente por desgaste físico					
Sim	12	46,2	15	23,1	p ⁽¹⁾ = 0,029*
Não	14	53,8	50	76,9	

Tabela 12 - Avaliação dos pensamentos obsessivos de contaminação no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas

					(conclusão)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	n	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• Preocupações sobre artigos de limpeza doméstica como limpadores, solventes, Desodorantes					
Sim	20	76,9	49	75,4	p ⁽²⁾ = 0,344
Apenas no passado	1	3,8	-	-	
Não	5	19,2	16	24,6	
• Preocupações relacionadas a animais ou Insetos					
Sim	23	88,5	59	90,8	p ⁽²⁾ = 0,444
Apenas no passado	2	7,7	6	9,2	
Não	1	3,8	-	-	
• Preocupações relacionadas a você contaminando o bebê de alguma forma					
Sim	19	73,1	37	56,9	p ⁽²⁾ = 0,063
Apenas no passado	1	3,8	-	-	
Não	6	23,1	28	43,1	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Da Tabela 13 se verifica que a obsessão sexual mais freqüente foi “Pensamentos sobre a sexualidade do bebê”, registrado em metade das mulheres com DPP e 24,6% no grupo das mulheres não deprimidas, sendo esta obsessão que apresentou a maior diferença percentual entre os grupos e a única com diferença significativa.

Tabela 13 - Avaliação das obsessões sexuais no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

(continua)					
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• Pensamentos inaceitáveis sobre os órgãos genitais do bebê					
Sim	1	3,8	3	4,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	25	96,2	62	95,4	
• Pensamentos sobre a sexualidade do bebê					
Sim	13	50,0	16	24,6	p ⁽²⁾ = 0,019*
Não	13	50,0	49	75,4	
• Pensamentos sexuais inaceitáveis durante a Amamentação					
Sim	4	15,4	2	3,1	p ⁽¹⁾ = 0,053
Não	22	84,6	63	96,9	

Tabela 13 - Avaliação das obsessões sexuais no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(conclusão)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
● Pensamentos indesejáveis de violar o bebê					
Sim	3	11,5	1	1,5	p ⁽¹⁾ = 0,069
Não	23	88,5	64	98,5	
● Outro sexual					
Sim	-	-	3	4,6	p ⁽¹⁾ = 0,555
Não	26	100,0	62	95,4	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

A maioria em cada grupo afirmou ter medo irreal de o bebê ter uma doença médica grave, sendo o percentual mais elevado no grupo das mulheres com DPP, entretanto sem diferença estatisticamente significativa, como mostra a Tabela 14.

Tabela 14 - Avaliação de pensamento obsessivo de doença no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100.0	
• Medo irreal de o bebê ter uma doença médica Grave					
Sim	20	76,9	41	63,1	p ⁽¹⁾ = 0,420
Apenas no passado	1	3,8	3	4,6	
Não	5	19,2	21	32,3	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

6.4 COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS RELACIONADOS À DPP

A Tabela 15 mostra os comportamentos compulsivos das mães. Entre os grupos é possível determinar que o comportamento: “Confessar que você teve esses pensamentos”, teve um percentual mais elevado no grupo das mulheres não deprimidas e apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 15 - Avaliação dos comportamentos compulsivos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Grupo		Mulheres não deprimidas		Valor de p
	Mulheres com DPP				
	n	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	65	100,0	
• Reassegurar a sua confiança de que as coisas vão ficar bem					
Sim	20	76,9	58	89,2	p ⁽¹⁾ = 0,183
Não	6	23,1	7	10,8	
• Tentar racionalizar o pensamento					
Sim	20	76,9	56	86,2	p ⁽¹⁾ = 0,350
Não	6	23,1	9	13,8	
• Checar o bebê com mais frequência					
Sim	24	92,3	54	83,1	p ⁽¹⁾ = 0,335
Não	2	7,7	11	16,9	
• Se distrair com outras atividades					
Sim	15	57,7	39	60,0	p ⁽²⁾ = 0,840
Não	11	42,3	26	40,0	
• Se distrair com outros pensamentos					
Sim	18	69,2	40	61,5	p ⁽²⁾ = 0,490
Não	8	30,8	25	38,5	
• Tentar suprimir ou parar o pensamento indesejado					
Sim	20	76,9	45	69,2	p ⁽²⁾ = 0,463
Não	6	23,1	20	30,8	
• Evitar situações em que esses pensamentos apareçam					
Sim	12	46,2	19	29,2	p ⁽¹⁾ = 0,285
Apenas no passado	14	53,8	45	69,2	
Não	-	-	1	1,5	
• Evitar o bebê					
Sim	1	3,8	4	6,2	p ⁽¹⁾ = 0,388
Apenas no passado	24	92,3	61	93,8	
Não	1	3,8	-	-	
• Buscar apoio social					
Sim	6	23,1	28	43,1	p ⁽²⁾ = 0,075
Não	20	76,9	37	56,9	
• Perguntar a outras pessoas se os seus pensamentos estão normais					
Sim	7	26,9	23	35,4	p ⁽²⁾ = 0,438
Não	19	73,1	42	64,6	
• Confessar que você teve esses pensamentos					
Sim	7	26,9	34	52,3	p ⁽²⁾ = 0,028*
Não	19	73,1	31	47,7	
• Rezar sobre os pensamentos					
Sim	20	76,9	58	89,2	p ⁽¹⁾ = 0,183
Não	6	23,1	7	10,8	
• Outros					
Sim	5	19,2	7	10,8	p ⁽¹⁾ = 0,313
Não	21	80,8	58	89,2	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

6.5 ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS RELACIONADOS À DPP

Na Tabela 16 se apresentam os resultados dos EIDs onde se verifica que o percentual de esquemas disfuncionais foi mais elevado no grupo das mulheres com DPP do que nas mulheres não deprimidas em cada um dos esquemas avaliados. Percebe-se que a exceção dos esquemas: “Defectividade/Vergonha”, “Vulnerabilidade/ Incompetência”, “Emaranhamento/ Self Subdesenvolvido” e “Auto-sacrifício”, há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nos demais esquemas avaliados.

Tabela 16 - Avaliação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

(continua)					
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	64	100,0	
● Privação emocional					
Com disfunção	21	80,8	15	23,4	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Sem disfunção	5	19,2	49	76,6	
● Abandono/ Instabilidade					
Com disfunção	20	76,9	25	39,1	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Sem disfunção	6	23,1	39	60,9	
● Desconfiança/ Abuso					
Com disfunção	14	53,8	14	21,9	p ⁽¹⁾ = 0,003*
Sem disfunção	12	46,2	50	78,1	
● Isolamento social/ Alienação					
Com disfunção	10	38,5	3	4,7	p ⁽²⁾ < 0,001*
Sem disfunção	16	61,5	61	95,3	
● Defectividade/Vergonha					
Com disfunção	4	15,4	2	3,1	p ⁽²⁾ = 0,056
Sem disfunção	22	84,6	62	96,9	
● Fracasso					
Com disfunção	6	23,1	3	4,7	p ⁽²⁾ = 0,016*
Sem disfunção	20	76,9	61	95,3	
● Dependência/Incompetência					
Com disfunção	10	38,5	5	7,8	p ⁽²⁾ = 0,001*
Sem disfunção	16	61,5	59	92,2	
● Vulnerabilidade/ Incompetência					
Com disfunção	14	53,8	23	35,9	p ⁽¹⁾ = 0,118
Sem disfunção	12	46,2	41	64,1	
● Emaranhamento/ Self Subdesenvolvido					
Com disfunção	9	34,6	20	31,3	p ⁽¹⁾ = 0,757
Sem disfunção	17	65,4	44	68,8	
● Subjugação					
Com disfunção	13	50,0	8	12,5	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Sem disfunção	13	50,0	56	87,5	
● Auto-sacrifício					
Com disfunção	23	88,5	51	79,7	p ⁽²⁾ = 0,381
Sem disfunção	3	11,5	13	20,3	

Tabela 16 - Avaliação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas não deprimidas, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

					(conclusão)
Variável	Grupo				Valor de p
	Mulheres com DPP		Mulheres não deprimidas		
	N	%	N	%	
TOTAL	26	100,0	64	100.0	
● Inibição Emocional					
Com disfunção	12	46,2	12	18,8	p ⁽¹⁾ = 0,008*
Sem disfunção	14	53,8	52	81,3	
● Padrões Inflexíveis/ Crítica Exagerada					
Com disfunção	17	65,4	21	32,8	p ⁽¹⁾ = 0,005*
Sem disfunção	9	34,6	43	67,2	
● Merecimento/ Grandiosidade					
Com disfunção	15	57,7	22	34,4	p ⁽¹⁾ = 0,042*
Sem disfunção	11	42,3	42	65,6	
● Autocontrole/ Autodisciplina Insuficientes					
Com disfunção	15	57,7	17	26,6	p ⁽¹⁾ = 0,005*
Sem disfunção	11	42,3	47	73,4	

(*): Diferença significativa a 5%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo ao avaliar fatores bio-sócio-demográficos e sua relação com a DPP constatou que houve uma diferença estatisticamente significativa na história prévia de transtorno psiquiátrico, quando se comparou mulheres com DPP a puérperas não deprimidas. Tal diferença já havia sido apontada por estudos anteriores (BLOCH et al., 2005; CANTILINO et al., 2010; STEINER, 2002).

Apesar de ter sido constatado que as mulheres com DPP, quando comparadas a puérperas não deprimidas, apresentavam mais problemas de saúde e mais história de transtorno psiquiátrico na família, tais diferenças não foram estatisticamente significativas, como ocorreu em outro estudo realizado na mesma cidade (ZAMBALDI, 2008).

No que se refere a faixa etária, estado civil e escolaridade, foi observado que não houve diferença estatisticamente significativa na faixa etária das mulheres do grupo com DPP quando comparadas às mulheres do grupo sem depressão. As puérperas com DPP tinham, em sua maioria (57, 7%), entre 20 e 29 anos de idade.

No estado civil das mulheres, só foi observada diferença estatisticamente significativa entre aquelas que eram casadas, que, em sua maioria, estava no grupo das mulheres não deprimidas. Da Silva Cruz e colaboradores (2005), demonstram que a presença de suporte do marido se apresenta como efeito protetor para a DPP. Vale ressaltar, entretanto que o fato de estar casada não significa necessariamente que haja um suporte por parte do marido. Muitas mulheres tanto não deprimidas quanto com DPP, durante a entrevista, se queixavam do excesso de responsabilidades que veio com o nascimento do bebê e da falta de apoio do companheiro. Afirmavam que, além do trabalho, eram responsáveis pelos cuidados para com a casa e a criança.

Sobre a escolaridade, uma revisão de estudos anteriores realizada por Camacho e colaboradores (2006) demonstrou que mulheres com escolaridade mais alta mostravam menos risco de sofrerem de DPP. Todavia, o presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade de puérperas não deprimidas e com DPP. Tal fato pode ser devido à característica da amostra, composta por mulheres usuárias de um serviço público de saúde e, de uma maneira geral, com baixa escolaridade.

Sobre os dados obstétricos, foi observado que apenas o fato de a gravidez ter sido desejada apresentou diferença estatisticamente significativa entre mulheres com DPP e mulheres não deprimidas. Aquelas, em sua maioria (61,5%) afirmavam que a sua gravidez não teria sido desejada. Tal associação entre não desejar o bebê e ter DPP poderia ser

justificada em decorrência das mudanças pelas quais a mulher passa no período da gravidez e puerpério, as quais exigiriam uma readaptação em várias esferas de sua vida. Tais mudanças podem se tornar mais difíceis caso a gestação não tenha sido desejada pela mulher e, conseqüentemente, deixá-la ainda mais vulnerável a transtornos de humor durante o pós-parto.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre peso da criança ao nascer, tipo de parto, complicações na gravidez ou parto, aborto espontâneo, complicações com o bebê logo após o nascimento, internamento do bebê, e a realização do tratamento para engravidar, em mulheres com DPP e puérperas não deprimidas. Tais dados se mostram de acordo com os de Da Silva e colaboradores (2005), que não observaram associação estatisticamente significativa entre características obstétricas e DPP.

Sobre os dados sócio-demográficos, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre ter um trabalho, a renda familiar, o número de pessoas dependentes da renda da família e o número de filhos, quando se comparou as mulheres com DPP às puérperas não deprimidas. Todavia, é importante ressaltar que, provavelmente pelo fato das participantes do estudo serem usuárias de um serviço da rede pública de saúde, apenas três delas apresentavam renda maior que cinco salários mínimos. Desta maneira, com os dados do presente estudo, é difícil saber se o fator econômico seria fundamental como desencadeante ou protetor para manifestação da DPP.

É importante ressaltar que os fatores de risco para a DPP variam de acordo com a população e cultura estudada. E que, dentro de uma mesma cultura, há ainda microculturas, como é o caso de diferentes níveis sócio-econômicos. Desta maneira, os dados encontrados se referem às condições das puérperas usuárias de um serviço público de saúde da cidade de Recife-PE. Resultados distintos podem ser encontrados por pesquisadores que realizam seus estudos em diferentes contextos.

Contribuições trazidas por este estudo se referem às dificuldades nos cuidados para com o bebê, presença de pensamentos obsessivos relacionados ao bebê e comportamentos compulsivos em mães com DPP e saudáveis.

Sobre os cuidados para com o bebê, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre mães com DPP e puérperas não deprimidas em nenhum dos itens avaliados. Um estudo de Jennings e colaboradores (1999) constatou que apenas 7% das mães deprimidas se consideravam inábeis para cuidar de seus filhos e que só 4% diziam ter dificuldades nos cuidados para com o infante.

Esse dado se mostra interessante porque, mesmo diante de sintomas da depressão, como anedonia, retardo psicomotor e fadiga ou perda de energia, poucas mães relatam dificuldades para cuidar de seus filhos. Isto pode se dever ao fato de essa ser uma atividade considerada como prioridade para elas. No presente estudo foi observado, durante as entrevistas, que as mulheres com DPP enfatizavam que, a despeito da falta de vontade e disposição para realizar atividades, os cuidados para com o bebê sempre eram sua principal preocupação. Talvez, devido a isso, não tenha sido observada uma diferença estatisticamente significativa nas dificuldades nos cuidados para com o bebê em mulheres com DPP quando comparadas a mulheres não deprimidas.

No que se refere aos pensamentos obsessivos em relação ao bebê, no grupo das mulheres com DPP, os pensamentos mais frequentes foram: “Medo de deixar o bebê cair ou escorregar” (92, 3%), “Medo de alguém poder levar o bebê” (92, 3%), “Preocupações relacionadas a animais ou insetos” (88, 5%), “Medo do bebê se asfixiar com alguma coisa” (88, 5%), “Medo do bebê se machucar se for pego de maneira errada” (80, 8%), “Medo que um animal possa atacar o bebê” (80,8%), “Preocupações sobre artigo de limpeza doméstica” (76, 9%), “Medo irreal do bebê ter alguma doença médica grave” (76,9%), “Pensamento de que o bebê vai ficar sufocado enquanto dorme” (69,2%), “Pensamento de que o bebê pode ter parado de respirar” (69,2%) e “Pensamento sobre alguma coisa acontecendo com você (ou seu parceiro) e vocês não possam cuidar do bebê” (69, 2%).

No grupo das mulheres saudáveis os pensamentos obsessivos em relação ao bebê mais frequentes foram: “Preocupações relacionadas a animais ou insetos” (90,8%), “Medo de alguém poder levar o bebê” (80, 0%), “Medo do bebê se asfixiar com alguma coisa” (76,9%), “Medo do bebê se machucar se for pego de maneira errada” (75,4%), “Preocupações sobre artigo de limpeza doméstica” (75, 4%), “Medo de deixar o bebê cair ou escorregar” (73,8%), “Pensamento de que o bebê pode ter parado de respirar” (69,2%), “Medo que um animal possa atacar o bebê” (80,8%), “Pensamento de que o bebê vai ficar sufocado enquanto dorme” (64,6%), “Medo irreal do bebê ter alguma doença médica grave” (73,1%), e “Pensamento sobre alguma coisa acontecendo com você (ou seu parceiro) e vocês não possam cuidar do bebê” (60, 0%).

Dessa maneira, observa-se que alguns pensamento obsessivos em relação ao bebê são comuns, tanto em mulheres com DPP como em puérperas saudáveis. Enquanto outros estão significativamente mais presentes nas mulheres com DPP, quais sejam: “Pensamento de gritar, sacudir ou dar tapas no bebê”, “Outros atos danosos ou violentos”, “Pensamento de que o seu parceiro pode machucar o bebê”, “Medo de esquecer o bebê na cadeirinha do carro”,

“Medo de que um animal possa atacar o bebê”, “Pensamento do bebê ficando doente por desgaste físico” e “Pensamentos sobre a sexualidade do bebê”.

No que se refere especificamente ao grupo de pensamentos com os temas relacionados ao sufocamento, foi observado que tais pensamentos são freqüentes em mulheres no pós-parto, com exceção do pensamento “O bebê está ficando sem ar” em puérperas não deprimidas, todos os outros pensamentos apresentaram freqüências maiores que 50% em ambos os grupos. Tais dados estão de acordo com outro estudo, o qual demonstrou que pensamentos relacionados ao sufocamento do bebê foram os mais prevalentes em pais, com e sem depressão, sendo observados em 44,6% dos participantes do estudo (ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003).

Um estudo realizado por Brockington, Macdonald e Wainscott (2006) trouxe o medo da “morte no berço” como sendo o mais severo nas mulheres avaliadas. Tal medo poderia relacionar-se ao pensamento “Do bebê sufocar enquanto dorme” que, no presente estudo, foi visto em 69, 2% das mulheres com DPP e 64, 6% das não deprimidas.

Na categoria de pensamentos com temas relacionados a agressão/violência, foi onde se encontrou a maior quantidade de pensamentos com diferença significativa entre as mulheres com DPP e não deprimidas, sendo eles mais freqüentes em mulheres com DPP. Tais pensamentos foram: “De gritar, sacudir ou dar tapas no bebê”, “De que o parceiro pode machucar o bebê” e “Outros atos danosos ou violentos”. Neste último, as mulheres com DPP trouxeram pensamentos como “Sacudir muito forte o bebê até ele parar de chorar”, “Medo de jogar o bebê para fora da janela do carro”, “Matar ela no pau”, “Bater muito no bebê” e “Bater nela quando ela não quer dormir”.

Note-se que os pensamentos deste grupo apresentaram freqüências baixas tanto nas mulheres com DPP quanto nas não deprimidas. Apenas o pensamento “De que o parceiro pode machucar o bebê” apresentou uma freqüência maior que 50%, e ainda assim apenas no grupo das mulheres com DPP. De todos os outros pensamentos, em ambos os grupos de mulheres, o que apresentou a maior freqüência foi o de “Gritar, sacudir ou dar tapas no bebê” que foi apresentado por 30,8% das mulheres com DPP.

A baixa freqüência no aparecimento desses pensamentos no presente estudo pode-se dever ao fato das mulheres se sentirem envergonhadas de compartilhar de temas relacionados à agressão de seus filhos com o entrevistador. Foi observado que, quando eram mencionados os pensamentos dessa categoria muitas mulheres utilizavam-se de expressões como “de jeito nenhum” ou “Deus me livre”.

Um estudo realizado por Jennings e colaboradores (1999) constou-se que 41% das mães deprimidas relatavam algum pensamento de causar danos ao bebê, dessas, 20% apresentavam pensamentos passageiros e 21% pensamentos recorrentes. No grupo de mães não deprimidas 6,5% relataram pensamentos desse tipo, todos passageiros. Outros estudos também demonstraram mulheres com DPP apresentavam mais pensamentos obsessivos agressivos quando comparadas a puérperas não deprimidas ou quando comparadas a mulheres deprimidas fora do puerpério (WISNER, 1999; ZAMBALDI, 2008).

Os estudos com mulheres no pós-parto que fizeram uso do mesmo instrumento de avaliação utilizado no presente trabalho não demonstraram os pensamentos obsessivos de agressividade como sendo os mais comumente apresentados por essas mulheres. Todos eles demonstram os pensamentos relacionados ao sufocamento como os mais comuns. Dois estudos apresentam os pensamentos de agressividade como sendo o terceiro tema mais frequente (ABRAMOWITZ et al., 2006, 2007; ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003) esse tema ocupa a quarta posição entre os pensamentos mais freqüentes em mulheres no puerpério.

Sobre os pensamentos relacionados a acidentes/responsabilidade, foi visto que, apesar deles serem mais frequentes em mulheres com DPP, a exceção dos pensamentos de: “O bebê morrendo por causa de um acidente”, no grupo de mulheres não deprimidas; “Do bebê se afogando durante o banho”, no grupo de mulheres não deprimidas; e “De um acidente de carro envolvendo o bebê”, em ambos os grupos, todos os outros pensamentos foram apresentados por mais da metade das mulheres dos dois grupos. Isso significa que tais pensamentos são comuns no puerpério, tanto em mulheres com DPP quanto nas não deprimidas, como já havia sido observado em estudo anterior (BROCKINGTON; MACDONALD; WAINSCOTT, 2006). Observe-se ainda que esse tema foi o segundo mais frequente nos estudos realizados com o mesmo instrumento utilizado no presente trabalho (ABRAMOWITZ et al., 2006, 2007; ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003).

No que se refere à categoria de pensamentos relacionados à perda do bebê, foi observado em um estudo anterior que o “medo de perder coisas”, não necessariamente relacionado ao bebê, foi visto em 50% das mulheres com DPP. Tal medo não foi observado em mulheres deprimidas fora do puerpério (WISNER et al., 1999).

Pontue-se que, nesse grupo, o pensamento de “Alguém pode levar o bebê” foi apresentado por um grande percentual das mulheres entrevistadas, 92,3% das mulheres com DPP e 80% das não deprimidas. A grande quantidade de mulheres com medo de ter o seu

filho roubado pode se dever a algum fator cultural presente no contexto social no qual essas mulheres encontram-se inseridas.

Todos os outros pensamentos desse grupo apareceram em uma frequência inferior a 50%, tanto em mulheres com DPP, como em puérperas não deprimidas. Outros estudos realizados com o instrumento do presente trabalho também demonstram taxas inferiores a 50% relacionadas a esse grupo de pensamentos (ABRAMOWITZ et al., 2006, 2007; ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003).

Na categoria de pensamentos relacionados à contaminação, foi observado que todos os itens, exceto o de “Preocupações relacionadas a animais ou insetos”, estiveram presentes com maior frequência em mulheres com DPP que nas não deprimidas, todavia apenas o item “Pensamento do bebê ficando doente por desgaste físico” apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Foi observado que dos cinco pensamentos desse grupo, apenas dois deles não estiveram presentes em mais de 50% das mulheres saudáveis (“O bebê ficando doente por ficar no chão ou em outro lugar que não esteja limpo” e “O bebê ficando doente por desgaste físico”). No grupo de mulheres com DPP, apenas o pensamento de “O bebê ficando doente por desgaste físico”, não foi visto em mais de 50% das mulheres. O pensamento desse grupo que apareceu com maior frequência foi o de “Preocupações relacionadas a animais ou insetos”, em 88,5% das mulheres com DPP e 90,8% das não deprimidas.

Temas relacionados à contaminação apareceram em 43% das mulheres com DPP e 20% das mulheres deprimidas fora do puerpério (WISNER et al., 1999). Outro estudo também demonstra que esses temas foram observados em 72,4% das mulheres com DPP (ZAMBALDI, 2008). Em dois dos estudos realizados com o mesmo instrumento do presente trabalho os pensamentos relativos à contaminação apresentavam a terceira posição, acometendo 53,5% (ABRAMOWITZ et al., 2007) e 59% das puérperas entrevistadas (ABRAMOWITZ et al., 2006). Em outro estudo, esse pensamento não aparece entre as mães no puerpério (ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003).

No grupo de obsessões sexuais, foi observada uma baixa frequência dos pensamentos tanto em puérperas com DPP quanto nas não deprimidas, apenas o “Pensamento sobre a sexualidade do bebê” apareceu em 50% das mulheres com DPP, todos os outros pensamentos, em ambos os grupos, atingiram uma frequência menor que 50%.

Foi observado que em outros estudos com mulheres no puerpério, também se constatarem frequências baixas de pensamentos com conteúdo sexual (ABRAMOWITZ et al., 2006, 2007; ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003; WISNER et al., 1999). Isso

pode se dever ao fato de temas relacionados à sexualidade ainda serem considerados como tabu em diversas culturas. O que dificultaria que uma mulher falasse sobre pensamentos desse tipo, especialmente em relação a seus filhos. Dessa maneira, os resultados encontrados, não indicam necessariamente que as mulheres não tenham tais pensamentos, mas que talvez não os tenham compartilhado no momento da realização da pesquisa.

O grupo de pensamentos relacionados à doença contava com apenas um pensamento, “Medo irreal de o bebê ter uma doença médica grave”. Não houve diferença significativa na frequência desse pensamento em mulheres com DPP, quando comparadas às mulheres não deprimidas. Todavia pode-se afirmar que este pensamento foi bastante frequente entre as mulheres entrevistadas, sendo observado em 76,9% das puérperas com DPP e 63,1% das não deprimidas.

Em estudos realizados utilizando-se o mesmo instrumento do presente trabalho, foi observado que este pensamento não se mostrou muito frequente nas puérperas. No estudo em que atingiu maior frequência ocorreu em 10% dos casos (ABRAMOWITZ et al., 2007). Tal fato pode-se dever a fatores culturais e indicar que o contexto social no qual estavam inseridas as mulheres do presente estudo apresenta uma maior preocupação com questões relativas à saúde de seus filhos.

Dessa maneira, foi observado que pensamentos com temas relacionados ao sufocamento, a acidentes/responsabilidade, a contaminação e a doença foram muito frequentes tanto no grupo de mulheres com DPP como no grupo de mulheres saudáveis. Outros estudos também demonstram os temas de acidentes/responsabilidade, sufocamento e contaminação como sendo os mais frequentes entre as puérperas (ABRAMOWITZ et al., 2006, 2007).

O presente estudo também observou a frequência de comportamentos de neutralização ou compulsivos entre mulheres com DPP e não deprimidas. Apenas o comportamento de confessar que teve os pensamentos apresentou diferença significativa entre os dois grupos de mulheres, sendo mais frequente nas mulheres não deprimidas. Todavia, muitos dos comportamentos apresentaram uma frequência alta em ambos os grupos. Assim, percebe-se que algumas estratégias de neutralização são muito comuns tanto no grupo de mulheres com DPP como no grupo das puérperas saudáveis.

Em um estudo anterior no qual se utilizou o mesmo instrumento do presente trabalho, foi observado que a tentativa de reassegurar a confiança de que as coisas vão ficar bem e o comportamento de checar o bebê com mais frequência aparecerem em respectivamente 83,7%

e 74,4% das puérperas. Tais taxas foram elevadas, assim como as observadas no presente estudo (ABRAMOWITZ et al., 2006).

É importante ressaltar que os pensamentos e comportamentos avaliados pelo instrumento utilizado estiveram presentes tanto nas mulheres com DPP quanto nas não deprimidas. A maioria das vezes não foi sequer vista uma diferença estatisticamente significativa na frequência desses pensamentos quando se comparou os dois grupos de puérperas. Um estudo anterior já havia demonstrado que os sintomas obsessivo-compulsivos eram comuns a 63, 5% das puérperas (ZAMBALDI, 2008).

Tais dados se mostram de acordo com o modelo cognitivo do TOC, segundo o qual os pensamentos obsessivos ocorrem também em populações não-clínicas com conteúdo semelhante. A diferença seria a responsabilidade pessoal que algumas pessoas atribuem a esses pensamentos, dando a eles um significado ou uma interpretação. Essas apreciações negativas fazem com que a pessoa tente neutralizar ou prevenir o pensamento e quaisquer tipos de resultados potencialmente perigosos associados a ele (RACHMAN; SILVA, 1978; SALKOVSKIS; HARRISON, 1984).

Esse mecanismo seria mais comum no puerpério, quando em alguns pais, crenças e estrutura de personalidade se somam com o estresse vivenciado nessa nova fase de suas vidas. Dessa maneira, eles passariam a valorizar mais os seus pensamentos obsessivos, dando-lhes mais importância e os considerando como uma ameaça. Algumas vezes esses pais tentariam suprimir ou neutralizar esses pensamentos através de comportamentos compulsivos (ABRAMOWITZ et al., 2006, 2007; ABRAMOWITZ; SCHWARTZ; MOORE, 2003; FAIRBROTHER; ABRAMOWITZ, 2005).

De acordo com esse modelo, são as experiências infantis que levam a suposições/crenças sobre a responsabilidade pessoal, as quais levariam algumas pessoas a fazerem essas interpretações negativas dos pensamentos intrusivos normais (SALKOVSKIS; FORRESTER; RICHARDS, 1998). Algumas características como o excesso de responsabilidade pessoal e o perfeccionismo também estariam relacionadas aos sintomas obsessivos e compulsivos (PLEVA; WADE, 2006).

Uma das limitações deste estudo no que se refere à avaliação da frequência de pensamentos obsessivos relacionados ao bebê, foi o fato de não ter sido mensurada a intensidade de tais pensamentos. Dessa maneira, não foi possível verificar se diziam respeito a um pensamento intrusivo normal experimentado algumas vezes pela puérpera ou a uma obsessão clínica, chegando a produzir um quadro de TOC.

Outra limitação foi o fato de não ter se avaliado a gravidade da depressão apresentada pelas mães com DPP. Dessa forma, não se pode observar se uma maior intensidade da depressão estava relacionada a uma maior frequência de pensamentos obsessivos.

Mais uma contribuição do presente estudo foi a avaliação dos EIDs no grupo de mulheres com DPP e nas não deprimidas. Diferentemente de alguns pensamentos obsessivos em relação ao bebê que foram muito frequentes tanto em mulheres com DPP como em mulheres não deprimidas, os EIDs avaliados não foram frequentes no grupo de mulheres sem DPP. Apenas o esquema de auto-controle e autodisciplina insuficientes estiveram presentes em mais de 50% das mulheres não deprimidas.

Os EIDs mais frequentes no grupo das mulheres com DPP foram: Auto-Sacrifício (88,5%), Privação Emocional (80,8%), Abandono/Instabilidade (76,9%), Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada (65,4%), Merecimento/Grandiosidade (57,7%) e Auto Controle/ Auto Disciplina Insuficientes (57,7%).

No grupo de puérperas não deprimidas, os EIDs mais frequentes foram: Auto-Sacrifício (79,7%), Abandono/Instabilidade (39,1%), Vulnerabilidade/Incompetência (35,9%), Merecimento/Grandiosidade (34,4%) e Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada (32,8%).

Dos 15 EIDs avaliados, foram observadas diferenças significativas em 11 deles quando comparadas mulheres com DPP e mulheres saudáveis, os quais seriam: Privação Emocional, Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Fracasso, Dependência/Incompetência, Subjugação, Inibição Emocional, Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada, Merecimento/Grandiosidade, Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes.

No domínio de *Desconexão e Rejeição* foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em quatro EIDs quando se comparou mulheres com DPP a puérperas não deprimidas. Outros estudos já haviam demonstrado a relação entre sintomas de depressão e EIDs do domínio de *Desconexão e Rejeição* (CALVETE; ESTÉVEZ; CORRAL, 2007; SPECHT; CHAPMAN; CELLUCCI, 2009). Os esquemas desse domínio que apresentaram diferenças estatisticamente significativas foram: Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional e Isolamento Social/Alienação.

Dentre os esquemas desse domínio, o de Privação Emocional foi o mais frequente em mulheres com DPP, estando presente em 80,8% das puérperas desse grupo, seguido pelo de Abandono/Instabilidade, presente em 76,9% das mulheres com DPP. Pessoas com o esquema de Privação Emocional tendem ter a expectativa de que o seu desejo de receber apoio

emocional não será correspondido. Já o esquema de Abando/Instabilidade leva o indivíduo à percepção de que as pessoas com quem ele poderia se relacionar são instáveis e, por isso não dignas de confiança. Consequentemente pessoas com esses EIDs podem ser impelidas a cometerem distorções cognitivas comuns da depressão, como a *Abstração Seletiva*, na qual o sujeito seleciona, em consonância com suas crenças e geralmente negativo, um determinado detalhe do ambiente em que está inserido e fundamenta toda a leitura do ambiente com base nesse detalhe, mesmo que existam outros mais relevantes (CLARK; BECK; ALFORD, 1999).

O pós-parto, por ser um período no qual a mulher passa por diversas modificações no âmbito psíquico e social, pode fazer com que ela venha a necessitar de um maior apoio e colaboração de pessoas próximas, para que possa se sentir segura, compreendida, aceita e respeitada em sua nova condição (MALDONADO, 2002). Nesse aspecto, é importante ressaltar que as puérperas com DPP, devido a ativação de EIDs, podem não sentir segurança nas pessoas com quem se relacionam, e serem levadas a perceber como insuficiente ou inexistente o apoio que lhe é fornecido e, devido a *Abstração Seletiva*, não serem capazes de constatar o suporte que porventura possa lhe estar sendo dado.

No domínio de *Autonomia e desempenho prejudicados*, dois esquemas foram significativamente mais presentes em mulheres com DPP. Foram eles: Dependência/Incompetência e Fracasso. Tais esquemas dizem respeito a sensação de incapacidade em lidar com suas responsabilidades e a certeza de ser uma pessoa inferior em relação aos outros.

Percebe-se que tais esquemas se mostram muito relacionados à sintomatologia apresentada durante um episódio depressivo. A fadiga ou perda de energia, por vezes, dificulta com que a pessoa realize suas atividades diárias da maneira como ela gostaria, o que, muitas vezes a faz necessitar da ajuda de outra pessoa. O sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, pode levar o indivíduo a sentir-se inútil para tentar executar atividades corretamente e, consequentemente, inferior às pessoas que realizam satisfatoriamente suas atribuições. Tais sentimentos podem ser acarretados pela distorção cognitiva denominada *Personalização*, na qual o sujeito auto-referencia, mesmo sem ter evidências para fazer, todos os acontecimentos externos negativos, o que leva a uma culpabilização excessiva (CLARK; BECK; ALFORD, 1999).

No domínio de *limites prejudicados*, foi observada diferença estatisticamente significativa no EID de Merecimento/Grandiosidade, que foi apresentado por 57,7% das mulheres com DPP e no esquema de Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes, observado em 57,7% das mulheres com DPP.

As características do esquema de Merecimento/Grandiosidade - sentir-se superior às outras pessoas, achar que merece direitos ou privilégios sociais e pensar que não tem que obedecer as regras da interação social - a princípio, não seriam condizentes com a sintomatologia apresentada na depressão, a qual parece mais marcada por sentimentos de inutilidade, culpa ou inadequação e cognições negativas ligadas a auto-depreciação. Todavia, de acordo com Beck (1991), os esquemas teriam um papel primário na formação e produção de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais na depressão, mas eles não estariam se manifestando diretamente através desses sintomas.

O esquema de Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes se refere à dificuldade em manter o autocontrole e ser tolerante a frustrações quando se buscam metas pessoais. Tal esquema poderia funcionar com um gatilho para a DPP uma vez que, durante o puerpério, muitas vezes, a mulher terá que abdicar de seus desejos e objetivos pessoais para satisfazer as necessidades de seu filho. Em um estudo realizado por Welburn e colaboradores (2002), o esquema de Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes foi apontado como tendo relação com a depressão.

No domínio de *orientação para o outro*, o EID de Subjugação foi significativamente mais presente em mulheres com DPP. Esse esquema diz respeito à submissão ao controle dos outros para evitar a raiva retaliação ou abandono. Envolve a percepção de que os seus desejos, opiniões ou sentimentos não são válidos para os outros.

Beck (1997) propôs que o esquema referente à necessidade de aprovação e aceitação, seria particularmente importante na vulnerabilidade cognitiva à depressão. Esse esquema, de acordo com ele, direcionaria a pessoa para a percepção e interpretação de rejeição nos relacionamentos interpessoais. Além dessa percepção e interpretação, Bandura (1977) trouxe o fato de que as pessoas deprimidas, estando pessimistas, facilmente são rejeitadas ou rechaçadas, o que acaba por intensificar seu sentimento de autodesaprovação e as levam a se tornar mais negativas, o que, por sua vez, retroalimenta esse ciclo.

Ainda no domínio de *orientação para o outro*, foi observado que o EID de Auto-sacrifício foi muito frequente tanto em mulheres com DPP (88,5%), como em mulheres não deprimidas (79,7%). Esse esquema diz respeito ao foco excessivo no atendimento das necessidades alheias em detrimento da própria gratificação. O fato desse esquema ter aparecido com uma frequência alta nos dois grupos avaliados pode ser em decorrência da ativação desse esquema pelo momento vivenciado pelas mulheres entrevistadas, o puerpério. Momento no qual, de uma maneira geral, as mães acabam tendo que atender às necessidades do seu bebê à custa de sua própria gratificação.

No domínio de *supervigilância e inibição*, dois EIDs foram significativamente mais frequentes em mulheres com DPP. Seriam eles: Inibição Emocional e Padrões Inflexíveis/Crítica exagerada.

O esquema de inibição emocional, diz respeito à inibição da ação, sentimentos ou comunicações espontâneas, com o intuito de evitar a desaprovação dos outros, o sentimento de vergonha ou perda do controle sobre os impulsos. Tal esquema acaba se relacionando diretamente com o esquema de Subjugação na medida em que o indivíduo, em ambos os casos, orienta o seu comportamento para ser aceito pelo outro. Esse mecanismo pode torná-lo vulnerável a depressão, principalmente em momentos nos quais ele sinta que deve agir de acordo com o que é esperado pelas pessoas, como ser uma boa mãe ou estar feliz com o nascimento de um filho, como ocorre no puerpério.

O esquema de padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada se refere à crença subjacente de que é necessário tentar estar a altura de padrões internalizados muito elevados de comportamento e desempenho para evitar críticas. Beck (1991), falava que de uma inclinação a críticas exacerbadas sobre si, como sendo particularmente importante na vulnerabilidade cognitiva a depressão.

Bandura (1969) chama atenção também para o fato de pessoas deprimidas apresentarem expectativas de desempenho exageradamente elevadas, o que acaba por levá-las a experimentar pouco sucesso e muito fracasso e, conseqüentemente, faz com que elas passem a ter uma atenção seletiva aos eventos negativos e uma auto-avaliação negativa.

Um estudo longitudinal que avaliou mulheres durante a gestação e o pós-parto constatou que houve uma grande associação entre a presença de esquemas disfuncionais e o posterior surgimento de depressão em algumas mulheres. Dessa maneira, esse estudo sugeriu que auto-esquemas negativos se configuram como um fator de vulnerabilidade para a depressão (EVANS et al., 2005).

Levando em conta que Young (2003) afirma que os EIDs podem permanecer latentes por um período de tempo e ser ativados por um evento ambiental relevante para o esquema específico e que os esquemas podem levar, direta ou indiretamente, a um sofrimento psicológico como depressão ou o pânico. Considerando ainda que o parto é tido como um evento significativo na vida de muitas mulheres. Pode-se pensar que o evento do parto poderia causar a ativação de esquemas disfuncionais em algumas mulheres e torná-las mais vulneráveis a deprimir nesse período.

Para Evans e colaboradores (2005), os esquemas negativos teriam uma associação independente com a depressão, mas estariam mais presentes em pessoas que apresentam o

humor deprimido. Nesse caso, a presença de uma maior frequência de EIDs vista nas mulheres com DPP em nosso estudo, tanto poderia ser em decorrência de esquemas que elas apresentavam anteriormente e que a predispuseram a este transtorno, como poderiam ser decorrentes do próprio humor deprimido, que as levaria a avaliar as coisas de maneira mais negativa.

De acordo com o que foi observado no presente estudo, determinados pensamentos obsessivos em relação ao bebê e alguns EIDs, são significativamente mais frequentes em mulheres com DPP quando comparadas a puérperas saudáveis. Dessa maneira, percebe-se que a psicoterapia cognitivo-comportamental poderia trazer bons resultados tanto para o tratamento da DPP como para o tratamento de mulheres que apresentem sofrimento com os pensamentos obsessivos no pós-parto. Tal abordagem levaria a paciente a compreender que não são os pensamentos obsessivos por si que trazem problemas, mas sim a interpretação negativa que lhes é dada, abordando a necessidade da mudança dessas interpretações. Mostraria ainda que tal interpretação seria a responsável por sentimentos desagradáveis como a tristeza ou ansiedade e por comportamentos disfuncionais.

Seria importante que, no processo de psicoterapia, fosse dada uma maior ênfase aos pensamentos relacionados ao bebê que, de acordo com o que foi visto durante a realização desta pesquisa, trazem muito desconforto às mães, tanto com DPP como saudáveis. É relevante ainda que ao longo do processo de psicoterapia, além de trabalhar questões relativas aos pensamentos, possam também ser contemplados os EIDs, um nível mais profundo da cognição.

Durante a realização da pesquisa, foi observado que poucas das mulheres com DPP estavam sob acompanhamento médico e/ou psicoterápico e, tampouco tinham maiores esclarecimentos sobre este transtorno. Dessa maneira, se faz necessário que haja uma maior informação, tanto dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres no puerpério, como da população em geral. Só assim, a DPP poderá ser diagnosticada e tratada mais precocemente e as suas repercussões poderão vir a ser evitadas.

8 CONCLUSÕES

Fatores bio-sócio-demográficos, como a presença de transtornos psiquiátricos anteriores ao parto, a gravidez não ter sido desejada e estar civilmente casada estão relacionados com a DPP.

Há relação entre pensamentos obsessivos em relação ao bebê e o puerpério. Alguns desses pensamentos se mostram comuns, tanto em mulheres com DPP como em puérperas não deprimidas. Enquanto outros estão significativamente mais presentes nas mulheres com DPP, quais sejam: “Pensamento de gritar, sacudir ou dar tapas no bebê”, “Outros atos danosos ou violentos”, “Pensamento de que o seu parceiro pode machucar o bebê”, “Medo de esquecer o bebê na cadeirinha do carro”, “Medo de que um animal possa atacar o bebê”, “Pensamento do bebê ficando doente por desgaste físico” e “Pensamentos sobre a sexualidade do bebê”.

Os EIDs de Privação Emocional, Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Fracasso, Dependência/Incompetência, Subjugação, Inibição Emocional, Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada, Merecimento/Grandiosidade, Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes, estão relacionados à DPP.

REFERÊNCIAS

ABRAMOWITZ, J. S. et al. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 21, p. 91-104, 2007.

_____. The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive compulsive symptoms: a prospective study. **Behaviour Research and Therapy**, v. 44, p. 1361-1374, 2006.

ABRAMOWITZ, J. S.; SCHWARTZ, S. A.; MOORE, K. M. Obsessional thoughts in postpartum females and their partners: content, severity, and relationship with depression. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 10, p. 157-164, 2003.

ALTSHULER, L. L. et al. Treatment of depression in women: a summary of the expert consensus guidelines. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 7, p. 185-208, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revised. **DSM-IV TR**. 4th edn. Washington, 2000.

ARMSTRONG, K. L. et al. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. **J Pediatr Child Health**, v. 35, p. 237-244, 1999.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista eletrônica de psicologia**, v. 4, p. 1-11, 2004.

BANDURA, A. **Principles of behavior modification**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.

_____. **Social learning theory**. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1977

BECK, A. T. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

_____. Thinking and depression: theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 10, p. 561-571, 1964.

_____. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. **American Psychologist**, v. 46, n. 4, p. 368-375, 1991.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, C. T. The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. **Nur Res**, v. 41, n. 3, p. 166-170, 1992.

BECK, C. T. et al. Maternity blues and postpartum depression. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 21, p. 287-293, 1992.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BLOCH, M. et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. **Am. J Psychiatry**, v. 157, p. 924-930, 2000.

_____. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **J Affect Dis**, v. 89, p. 9-18, 2005.

BROCKINGTON, I. F. et al. Puerperal Psychosis: Phenomena and diagnosis. **Arch Gen Psychiatry**, v. 38, p. 829-833, 1981.

BROCKINGTON, I. F.; MACDONALD, E.; WAINSCOTT, G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. **Arch Womens Ment Health**, v. 9, p. 253-263, 2006.

BRUGHA, T. S. et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent postnatal depression by reducing psychosocial risk factors. **Psychological/Medicine**, v. 30, p. 1273-1281, 2000.

BUIST, A.; WESTLEY, D.; HILL, C. Antenatal prevention of postnatal depression. **Arch Women Ment Health**, v. 1, n. 4, p. 167-173, 1999.

CALVETE, E.; ESTÉVEZ, A.; CORRAL, S. Intimate partner violence and depressive symptoms in women: cognitive schemas as moderators and mediators. **Behaviour Research and Therapy**, v. 45, p. 791-804, 2007.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CANTILINO, A. et al. Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, p. 1-9, 2010.

CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Depressão pós-parto: diagnóstico. **Neurobiologia**, v. 67, p. 146-149, 2004.

CAZASSA, M. J. **Mapeamento de esquemas cognitivos**: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire- short form. 2007. 87 f. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CHABROL, H. et al. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. **Psychological Medicine**, v. 32, p. 1039-1047, 2002.

CHURCH, M.; BRECHMAN-TOUSSAINT, M. L.; HINE, D. W. Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? **Journal of Affective Disorders**, v. 87, p. 65-72, 2007.

CLARK, D. A.; BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Cognitive theory and therapy of depression**. New York: John Wiley and sons, 1999.

COOPER, P. J. et al. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. **Br J Psychiatry**, v. 182, p. 412-419, 2003.

COOPER, P. J.; MURRAY, L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. **Br J Psychiatry**, v. 166, p. 191-195, 1995.

COX, J. L.; MURRAY, D.; CHAPMAN, G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. **The British Journal of Psychiatry**, v. 163, p. 27-31, 1993.

CRAIG, E.; JUDD, F.; HODGINS, G. Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural victoria: a pilot study. **Australasian Psychiatry**, v. 13, p. 291-295, 2005.

DA CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 40, p. 181-188, 2005.

DA-SILVA, V. A. et al. Prenatal and postnatal among low income Brazilian women. **Braz J Med Biol Res**, v. 3, n. 6, p. 799-804, 1998.

DEL-BEN, C.M. et al. Confiabilidade da "Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV - Versão clínica" traduzida para o português. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 156-159, 2001.

DENNIS, C. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. **BJM**, v. 331, 2005.

DENNIS, C. L.; HODNETT, E. D. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, 2009.

DESCARTES, R. **[Discurso do método]**. Disponível em: <<http://www.citador.pt/frases/tomei-a-decisao-de-fingir-que-todas-as-coisas-que-rene-descartes-6113>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

DUARTE, A. L. C.; NUNES, M. L. T.; KRISTENSEN, C. H. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, 2008.

ELLIOT, S. A. et al. Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of postnatal depression. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 39, p. 223-241, 2000.

EVANS, J. et al. Negative self-schemas and the onset on depression in women: longitudinal study. **The British journal of Psychiatry**, v. 186, p. 302-307, 2005.

FAIRBROTHER, N.; ABRAMOWITZ, J. S. New parenthood as a risk factor for development of obsessional problems. **Beh Res Ther**, v. 45, p. 2155-2163, 2005.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, p. 47-55, 2005.

GOODMAN, J. H. Paternal postpartum depression its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health. **Journal off Advanced Nursing**, v. 45, p. 26-35, 2004.

GOODMAN, W. K. et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: I. development use and reliability. **Archives of General Psychiatry**, v. 46, p. 1006-1011, 1989.

GUNN, J. et al. Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 105, p. 991-997, 1998.

HAGAN, R.; EVANS, S. F.; POPE, S. Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomized controlled trial. **International Journal of Obstetric and Gynaecology**, v. 111, p. 641-647, 2004.

HALBREICH, U.; KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. **J Affec Dis**, v. 91, n. 2, p. 97-111, 2006.

HALL, P. L.; WITTKOWSKI, A. An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. **J Midwifery Womens Health**, v. 51, p. 321-330, 2006.

HATTON, D. C. et al. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. **J Hum Lact**, v. 21, p. 444-449, 2005.

HOFHECKER-FALLAHPOUR, M. et al. The treatment of postnatal depression by health visitors: impact of brief training on skills and clinical practice. **Nervenarzt**, v. 74, p. 767-774, 2003.

JENNIGS, K. D. et al. Thoughts os harming infants in depressed an nondepressed mothers. **J Affect Disord**, v. 54, p. 21-28, 1999.

JOSEFSSON, A. et al. Temperament and character in women with postpartum depression. **Arch Women Ment Health**, n. 10, p. 3-7, 2007.

_____. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. **Obstet Gynecol**, v. 99, p. 223-228, 2002.

_____. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. **ActaObstet Gynecol Scand**, v. 80, p. 251-255, 2001.

KNAPP, P. Princípios Fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, Paulo (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; ROCHA, D. B.; Conceitualização Cognitiva: Modelo de Beck. In: CAMINHA, Renato M., et al (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LEAHY, R. A model of emotional schemas. **Cognitive and behavioral practice**, v. 9, p. 177-190, 2002.

_____. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 14, p. 36-45, 2007.

LOHR, L.; TEGLASI, H.; FRENCH, M. Schemas and temperament as risk factors for emotional disability. **Personality and Individual Differences**, v. 36, p. 1637-1654, 2004.

MACARTHUR, C. et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: A cluster randomised controlled trial. **Lancet**, v. 359, p. 378-385, 2002.

MAGALHÃES, P. V. S. et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Rev. Psiq. Clín**, v. 33, p. 245-248, 2006.

MAHONEY, M. J. **Processos humanos de mudanças: as bases científicas da psicoterapia.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** São Paulo: Saraiva, 2002.

MARKS, M. N.; SIDDLE, K.; WARWICK, C. Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 13, p. 119-127, 2003.

MAURER-SPUREJ, E.; PITTENDREIGH, C.; MISRI, S. Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum depression. **J Psychiatry Neurosci**, v. 32, p. 23-29, 2007.

MILGRON, J.; et al. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 44, p. 529-542, 2005.

MINERBO, V. **Estudo dos fatores associados à psicose puerperal.** 1983. 71 f. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

MISRI, S. et al. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. **J Clin Psychiatry**, v. 65, p. 1236-1241, 2004.

MOORHEAD, S. Schemas, Psychotic themes and depression: a preliminary investigation. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 33, p. 115-117, 2005.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006.

MORGAN, M. et al. A group programme for postnatally distressed women and their partners. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, p. 913-920, 1997.

MORRELL, C. J. et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. **BMJ**, v. 15, p. 338-345, 2009.

NEWPORT, D. J. et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. **J Clin Psychiatry**, v. 63, n. 7, p. 31-44, 2002.

NEWPORT, D. J. et al. Alterations in platelet serotonin transporter binding in women with postpartum onset major depression. **J Psychiatric Res**, v. 38, n. 5, p. 467-473, 2004.

NONAC, R.; COHEN, L. S. Postpartum Mood Disorder: diagnosis and treatment guideline. **J Clin Psychiatry**, v. 59, p. 34-40, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

PITT, B. Maternity blues. **Br J Psychiatry**, v. 122, n. 569, p. 431-433, 1973.

PLEVA, J.; WADE, T. D. The mediating effects of misinterpretation of intrusive thoughts on obsessive-compulsive symptoms. **Behavior Research and Therapy**, v. 44, p. 1471-1479, 2006.

RACHMAN, S.; DE SILVA, P. Abnormal and normal obsessions. **Behavior Research and Therapy**, v. 16, p. 233-248, 1978.

RANGÉ, B. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva, pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Livro Pleno, 2001.

ROBERTSON, E. et al. Antenatal risk for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, p. 289-295, 2004.

ROBINSON, G. E.; STEWART, D. E. Postpartum psychiatric disorders. **Can Med Assoc J**, v. 134, p. 31-37, 1986.

ROSS, L. E. et al. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. **Arch Women Ment Health**, v. 6, p. 51-57, 2003.

SALKOVISKIS, P. M.; FORRESTER, E.; RICHARDIS, C. Cognitive-behavioral approach to understanding obsessional thinking. **British Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 35, p. 53-63, 1998.

SALKOVISKIS, P. M.; HARRISON, J. Abnormal and normal obsessions: A replication. **Behavior Research and Therapy**, v. 22, n. 5, p. 549-552, 1984.

SALKOVISKIS, P. M.; KIRK, J. Distúrbios obsessivos. In: HAWTON, P. M.; SALKOVISKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, p. 61-68, 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe- bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, p. 233-240, 2004.

_____. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos da Psicologia**, v. 8, p. 403-411, 2003.

SILVA, E. M. et al. Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Neurobiologia**, v. 61, p. 107-114, 1998.

SILVA, F. C. S. et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paul Enferm**, v. 23, p. 411-416, 2010.

SOOKMAN, D.; PINARD, G. Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a focus on multiple schemas. **Cognitive and behavioral practice**, v. 6, p. 351-362, 1999.

SOTTO-MAYOR, I. M. B.; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. **Psico**, v. 36, p. 135-148, 2005.

SPECHT, M.; CHAPMAN, A; CELLUCCI, T. Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.**, v. 40, p. 256-264, 2009.

SPINELLA, M. Mood in relation to subclinical obsessive-compulsive symptoms. **Int J Neurosci**, v. 115, p. 433-443, 2005.

STAMP, G. E.; WILLIAMS, A. S.; CROWTHER, C. A. Evaluation of an antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized controlled trial. **Birth**, v. 22, p. 138-143, 1995.

STEINER, M. Postnatal depression: a few simple questions. **Fam Pract**, v. 19, p. 469-470, 2002.

STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. **J Affect Disord**, v. 74, p. 67-83, 2003.

SUGAWARA, M. et al. Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. **J Clin Psychol**, v. 53, p. 225-232, 1997.

SUN, H. S. et al. Association of tryptophan hydroxylase gene polymorphism with depression, anxiety and comorbid depression and anxiety in a population-based sample of postpartum Taiwanese women. **Genes Brain Behav**, v. 3, n. 6, p. 328-336, 2004.

TAM, W. H. et al. A randomised controlled trial of educational counseling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. **BJOG**, v. 110, p. 853-859, 2003.

TREMBLAY, P.; DOZOIS, D. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. **Personality and Individual Differences**, v. 46, p. 569-574, 2009.

UGARRIZA, D.; SCHMIDT, L. Telecare for women with postpartum depression. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 44, p. 37-45, 2006.

VITOLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, p. 28-34, 2007.

VOYER, M.; CAPPELIEZ, P. Congruency between depressogenic schemas and life events for the prediction of depressive relapse in remitted older patients. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 30, p. 165-177, 2002.

WELBURN, K. et al. The schema questionnaire-Short form: factor analysis and relationship schemas and symptoms. **Cognitive Therapy and Research**, v. 26, p. 519-530, 2002.

WHEATLEY, S. L.; BRUGHA, T. S. Just because I like it doesn't mean it has to work: personal experience of an antenatal psychosocial intervention designed to prevent postnatal depression. **Int J Ment Health Promotion**, v. 2, p. 26-31, 1999.

WISNER, K. L. et al. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. **J Clin Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 176-180, 1999.

WISNER, K. L.; PARRY, B. L.; PIONTEK, C. M. Postpartum Depression. **N England Med**, v. 347, p. 194-199, 2002.

WRIGHT, M.; CRAWFORD, E.; DEL CASTILLO, D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. **Child Abuse & Neglect**, v. 33, p. 59-68, 2009.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada em esquemas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

YOUNG, J.; KLOSKO, J.; WEISHAAR, M. **Terapia do esquema**: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZAMBALDI, C. F. **Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto**. 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado em neuropsiquiatria e ciências do comportamento)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L.; Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas como podemos previni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. 56-64, 2005.

ZLOTNICK, C. et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. **Am J Psychiatry**, v. 158, p. 638-640, 2001.

APÊNDICE A - Tradução para o português do Brasil e Adaptação do *Postpartum Thoughts na Behavior Checklist*

A tradução e adaptação do PTBC foi realizada para que esse instrumento pudesse ser utilizado no presente estudo, uma vez que não havia registro de um instrumento que avaliasse pensamentos obsessivos especificamente relacionados ao bebê que estivesse disponível na língua portuguesa. Esse processo seguiu algumas etapas, as quais serão descritas a seguir.

Inicialmente foi pedida a autorização ao autor do instrumento, Jonathan Abramowitz, para a realização da tradução para o português do Brasil e adaptação do instrumento, para sua posterior utilização. Após a concedida a autorização, dois profissionais de saúde bilíngües, um psiquiatra e outro psicólogo, fizeram a tradução do instrumento para o português do Brasil. As traduções foram feitas por cada um dos profissionais separadamente. Posteriormente, eles se reuniram e chegaram a uma versão em consenso.

Em seguida, foi realizada a retrotradução do instrumento, do português para o inglês. A retrotradução foi feita independentemente por dois professores de inglês bilíngües, um brasileiro e outro norte americano, nenhum dos dois conhecia o instrumento previamente. Posteriormente foi obtida uma versão retrotraduzida consensual.

No momento seguinte, a versão retrotraduzida consensual do PTBC foi avaliada pelo autor do instrumento, para que ele pudesse sugerir possíveis modificações, caso fossem necessárias. Jonathan Abramowitz avaliou a versão retrotraduzida consensual e não sugeriu nenhuma modificação, considerando que aquela versão poderia ser utilizada.

Sequencialmente, a versão avaliada pelo autor do instrumento do instrumento foi preenchida por cinco mulheres, usuárias de um serviço da rede pública de saúde, a fim de verificar se estas tinham uma boa compreensão de todos os itens. Como foi afirmado por todas elas que haviam compreendido bem todos os itens do instrumento, não se fez necessária nenhuma modificação e a versão utilizada tornou-se a versão final do instrumento.

Essa versão foi aplicada em 91 puérperas usuárias de um serviço de saúde público da cidade de Recife-PE. A média de idade das mulheres foi de aproximadamente 25 anos e o desvio padrão correspondeu 6 anos. A mediana foi 24,00 anos. Os dois graus de escolaridade mais frequentes corresponderam ao: ensino médio (35,2%) e ensino fundamental (27,5%). No que se refere ao estado civil, os dois maiores percentuais foram: morava junto com o companheiro (40,7%) ou eram solteiras (35,2%). Aproximadamente a metade (49,5%) tinha renda até um salário mínimo, seguido de 47,3% que tinham renda de 2 a 5 salários mínimos; a média de pessoas dependente da renda da pesquisada foi 4,20. Foi registrado que 17,6%

tinham problema de saúde, 12,1% tinham histórico de transtorno psiquiátrico e 40,7% histórico familiar de transtorno psiquiátrico. Na Tabela 17 se apresentam os dados da caracterização da amostra:

Tabela 17 - Caracterização da amostra, de janeiro a agosto de 2010, Recife-PE

Variável	Resultados
TOTAL	91
• Idade (anos): Média ± DP (Mediana)	25,11 ± 5,99 (24,00)
• Idade da criança (dias): Média ± DP (Mediana)	84,51 ± 50,77 (76,00)
• Escolaridade: n (%)	
Ensino fundamental	25 (27,5)
Ensino fundamental completo	7 (7,7)
Ensino médio incompleto	12 (13,2)
Ensino médio completo	32 (35,2)
Ensino superior incompleto	12 (13,2)
Ensino superior completo	3 (3,3)
• Condição social: n (%)	
Solteira	32 (35,2)
Casada	19 (20,9)
Mora junto com companheiro	37 (40,7)
Separado	3 (3,3)
• Renda familiar: n (%)	
Até 1 salário mínimo	45 (49,5)
Entre 2 e 5 salários	43 (47,3)
Entre 6 e 10 salários	2 (2,2)
Acima de 20 salários	1 (1,1)
• Pessoas dependentes da renda: Média ± DP (Mediana)	4,20 ± 1,43 (4,00)
• Problemas de saúde: n (%)	
Sim	16 (17,6)
Não	75 (82,4)
• Histórico de transtorno psiquiátrico: n (%)	
Sim	11 (12,1)
Não	80 (87,9)
• Histórico familiar de transtorno psiquiátrico: n (%)	
Sim	37 (40,7)
Não	54 (59,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Por fim, foi avaliada a consistência interna dos itens do PTBC, para isso, foi obtido o coeficiente alfa de Cronbach. Considera-se que o instrumento possui um alto grau de consistência interna quando o seu valor está acima de 0.7. Na amostra pesquisada, o PTBC conseguiu um alfa de 0.822, o que pode ser considerada uma consistência interna muito boa.

ANEXO A - Questionário Bio-sócio-econômico-demográfico

Questionário Bio-Sócio- Demográfico

Grupo: DPP () Saudável ()

Data de realização da entrevista: ____/____/____

1. Qual foi a data do nascimento do bebê? ____/____/____

2. Está com quanto tempo de pós-parto? _____

3. Qual foi o peso do bebê ao nascer? _____

4. Qual foi o tipo do parto? Normal () Cesariano () A fórceps ()

5. Você teve alguma complicação durante a gravidez ou o parto?

Sim () Não () Se sim, qual? _____

6. O seu bebê teve algum tipo de complicação logo após o nascimento? Sim () Não ()

7. O seu bebê precisou ficar internado logo após nascer? Sim () Não () Por quanto tempo? ____

8. A gravidez foi desejada? Sim () Não ()

9. Contando com o último, quantos filhos você já teve? _____

10. Você já teve abortamento espontâneo? Sim () Não ()

11. Você precisou realizar algum tratamento para engravidar? Sim () Não ()

Qual? _____ Por quanto tempo? _____

12. Qual é a sua idade? ____ anos

13. Qual o seu estado civil? Solteira () Casada () Mora junto com o companheiro ()

Viúva () Separada ()

14. Qual a sua escolaridade? Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()

Ensino Médio Incompleto ()

Ensino Médio Completo ()

Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()

Pós-graduação ()

15. Você trabalha? Sim () Não () Qual sua ocupação? _____

16. Qual a sua renda familiar? Até um 1 salário mínimo () Entre 2 e 5 salários ()

Entre 6 e 10 salários () Entre 10 e 20 salários] ()

Acima de 20 salários ()

17. Quantas pessoas dependem desta renda? _____ pessoas

18. Você tem algum problema de saúde? Sim () Não () Qual? _____

19. Você tem história de algum transtorno psiquiátrico? Sim () Não () Qual? _____

20. Na sua família, alguém tem ou teve história de transtorno psiquiátrico? Sim () Não ()

ANEXO B - SCID-I para Episódio Depressivo

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR
Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.	<i>NOTA:</i> Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.
A1	A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.
No mês passado... ...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?) SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)	(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável. ? - +
A2 ...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?	(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias ? - +

(indicado por relato subjetivo
ou observação feita por outros)

SE SIM: Isso era quase todos
os dias? Quanto tempo
durou? (Pelo menos 2 semanas?)

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”

SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses períodos foi o pior?

Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como “+”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTEs
QUESTÕES, FOCALIZE NO
PIOR PERÍODO DE 2
SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2
SEMANAS]...

A3

...você perdeu ou ganhou peso?
(Quanto? Você estava tentando
emagrecer?)

SE NÃO: Como estava o seu
apetite? (E em comparação
ao seu apetite habitual? Você
teve que se forçar a comer?
Comia (mais/menos) que o seu

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

? - +

normal? Isso ocorria quase todos os dias?)

A4

...como estava o seu sono?
(Dificuldade em pegar no sono, despertar freqüente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais, OU dormir demais?
Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual?
Isso ocorria quase todos os dias?)

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias

? - +

A5

...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

? - +

SE NÃO: E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

NOTA: CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.

A6

...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

? - +

A7

...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)

? - +

SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)

NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.

A8

...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)

? - +

SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?

A9

...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?

(9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

? - +

SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?

A10

PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU

? - +

A(2).

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A
depressão atrapalhou o seu
trabalho, os cuidados com a sua
casa ou o seu relacionamento com
as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento ? - +
cl clinicamente significativo ou
prejuízo no funcionamento
social ou ocupacional ou em
outras áreas importantes da vida
do indivíduo.

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar,
você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar,
você estava tomando algum
remédio?

SE SIM: Houve alguma
mudança na quantidade que
você estava tomando?

Um pouco antes disso começar,
você estava bebendo ou usando
alguma droga?

D. Os sintomas não se devem aos
efeitos fisiológicos diretos de
uma substância (por ex., droga
de abuso ou medicamento) ou
de uma condição médica geral
(por ex., hipotireoidismo).

? - +

Condições médicas gerais
etiologicamente relacionadas com
depressão maior incluem doença
neurológica degenerativa (por ex.,
mal de Parkinson), doença
cerebrovascular (por ex., AVC),
condições metabólicas (por ex.,
deficiência de vitamina B₁₂),
condições endócrinas (por ex.,
hiper- e hipotireoidismo, hiper- e
hipoadrenalismo), infecções virais
ou outras (por ex., hepatite,
mononucleose, HIV), e certos tipos
de câncer (por ex., carcinoma de
pâncreas)

Substâncias etiologicamente
relacionadas com depressão maior
incluem álcool, anfetaminas,
cocaína, alucinógenos, inalantes,
opióides, fenciclidina, sedativos,
hipnóticos, ansiolíticos.
Medicações incluem anti-
hipertensivos, contraceptivos orais,
corticosteróides, esteróides
anabólicos, agentes
antineoplásicos, analgésicos,
anticolinérgicos, medicações
cardíacas.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

? - +

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14	SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?	CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”	? - +
		(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)	

ANEXO C - Postpartum Thoughts na Behavior Checklist - versão traduzida e adaptada

Você tem tido dificuldade em...	SIM	NÃO	Apenas no passado
Amamentar/alimentar seu bebê			
Colocar seu bebê para dormir			
Dar banho no seu bebê			
Lavar as mãos e a rosto do bebê			
Cuidar do cabelo do bebê (p.e. lavar, pentear, escovar)			
Vestir e tirar a roupa do bebê			
Limpar/trocar as fraldas quando o bebê faz xixi			
Limpar/trocar as fraldas quando o bebê faz cocô			
Tocar nos genitais do bebê na hora de trocar as fraldas			
Pegar no lixo relacionado ao bebê			
Lavar as roupas do bebê			
Levar o bebê a locais públicos			
Tocar no bebê ou deixar outros tocarem nele			
Deixar o bebê sozinho enquanto ele está dormindo			

Estas próximas perguntas são relacionadas a pensamentos indesejados que você pode ter durante o período de pós-parto.

Nós estamos interessados nas suas experiências com pensamentos, imagens ou impulsos desagradáveis e indesejados relacionados ao seu bebê que aparecem em sua mente de maneira inesperada. Quase todo o mundo tem este tipo de experiência, mas há variações na frequência em que ela ocorre e no quanto ela perturba. Alguns exemplos de pensamentos negativos que as pessoas relataram são:

- *um pensamento sobre fazer alguma coisa vergonhosa ou terrível que você nunca faria de verdade,*
- *a idéia ou imagem de machucar alguém que você não quer ferir*
- *a idéia de que algo terrível vai acontecer porque não foi suficientemente cuidadosa*
- *um impulso ou uma imagem sexual indesejada*
- *uma imagem de uma pessoa querida sofrendo um acidente*

Lembre-se de que não estou perguntando sobre preocupações comuns com a saúde ou com a situação financeira ou com problemas familiares. Também não estou falando dos pensamentos que acompanham a depressão ou a baixa auto-estima. Na verdade, estamos interessados em pensamentos, imagens ou impulsos incômodos que aparecem na sua mente e que você sente como indesejados e inapropriados.

Eu entendo que pode ser difícil para você me falar sobre estes tipos de pensamentos nos quais seu bebê está. Por exemplo, você deve pensar que é um mau pai. É importante saber que a maioria das pessoas tem esse tipo de experiência de tempos em tempos - eles são muitos comuns em novos pais. Além disso, suas respostas serão totalmente confidenciais.

Você tem alguma pergunta?

Vou lhe fazer algumas perguntas do tipo SIM ou NÃO que eu gostaria que você respondesse. Seu trabalho será me dizer se você já experimentou esse tipo de pensamentos sobre os quais pergunto. Mesmo que você só tenha tido esses pensamentos momentaneamente é importante que eu saiba.

Você já teve algum desses pensamentos indesejados?			
Pensamentos relacionados a sufocamento	SIM	NÃO	Apenas no passado
Pensamentos de que o bebê pode ter parado de respirar			
Pensamento de que o bebê está ficando sem ar			
Pensamento de que o bebê vai ficar sufocado enquanto dorme			
Pensamento de que o bebê vai morrer de repente			

Pensamentos indesejados agressivos/violentos	SIM	NAO	Apenas no passado
Pensamento de bater muito forte no bebê quando o coloca para arrotar			
Pensamento de gritar, sacudir, ou dar tapas no bebê			
Pensamentos de afogar de propósito o bebê			
Pensamentos de esfaquear o bebê			
Pensamentos de queimar o bebê na água quente			
Pensamentos de furar a moleira do bebê			
Outros atos danosos ou violentos:			
Pensamentos de que o seu parceiro pode machucar o bebê			

Acidentes/responsabilidade	SIM	NAO	Apenas no passado
Pensamentos do bebê morrendo por causa de um acidente			
Medo de deixar o bebê cair ou do bebê escorregar			
Medo do bebê ser machucado se for pego de maneira errada			
Medo do bebê se asfixiar com alguma coisa (p.e., brinquedo, comida)			
Medo que um animal (p.e. o cachorro do vizinho) pode atacar o bebê			
Pensamentos do bebê se afogando durante o banho			
Pensamentos sobre um acidente de carro envolvendo o bebê			
Pensamentos sobre alguma coisa acontecendo com você (ou seu parceiro) e vocês não poderem tomar conta do bebê			

Pensamentos sobre perder o bebê	SIM	NAO	Apenas no passado
Medo de esquecer o bebê na cadeirinha do carro			
Pensamentos indesejados de abandonar o bebê			
Medo de alguém poder levar o bebê			
Pensamentos indesejados sobre abandonar o bebê em algum lugar quando ele/ela esta chorando			

Contaminação	SIM	NAO	Apenas no passado
Pensamentos sobre o bebê ficando doente por ficar no chão ou em outros lugares que não estejam limpos			
Pensamentos do bebê ficando doente por desgaste físico			
Preocupações sobre artigos de limpeza doméstica como limpadores, solventes, descorantes.			
Preocupações relacionadas a animais ou insetos			
Preocupações relacionadas a você contaminando o bebê de alguma maneira			

Obsessões sexuais	SIM	NAO	Apenas no passado
Pensamentos inaceitáveis sobre os órgãos genitais do bebê			
Pensamentos sobre a sexualidade do bebê (orientação sexual)			
Pensamentos sexuais inaceitáveis durante a amamentação			
Pensamentos indesejáveis de violar o bebê			
Outro sexual:			

Doença	SIM	NAO	Apenas no passado
Medo irreal de o bebê ter uma doença médica grave (paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento)			

“Algum pensamento intrusivo leva\levou você a...”	SIM	NAO	Apenas no passado
Reassegurar a sua confiança de que as coisas vão ficar bem			
Tentar racionalizar o pensamento			
Checar o bebê com mais frequência			
Se distrair com outras atividades			
Se distrair com outros pensamentos			
Tentar suprimir ou parar o pensamento indesejado			
Evitar situações em que esses pensamentos apareçam Exemplos:			
Evitar o bebê			
Buscar apoio social (p. ex. falar com o marido ou pais)			
Perguntar a outras pessoas se os seus pensamentos estão normais			
Confessar que você teve esses pensamentos			
Rezar sobre os pensamentos			
Outros:			

ANEXO D - Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida

Questionário de Esquemas de Young - forma reduzida

YSQ - S2

Nome: _____ Data: _____

INSTRUÇÕES:

São listadas abaixo afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por

favor leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade. Se desejar, reescreva a afirmação para torná-la ainda mais verdadeira a seu respeito. Então, escolha a avaliação de 1 a 6 que melhor a/o descreve (incluindo suas revisões) e escreva este número no espaço que antecede a afirmação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO:

1 = Não me descreve de modo algum

2 = Acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser

3 = Acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser

4 = Descreve o meu modo de ser

5 = Descreve muito o meu modo de ser

6 = Me descreve perfeitamente

1. ____ A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.

2. ____ Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.

3. ____ Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.

4. ____ Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda, ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.

5. ____ Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.

*ed

6. ____ Percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.
7. ____ Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.
8. ____ Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.
9. ____ Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperada/o.
10. ____ Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.

*ab

11. ____ Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.
12. ____ Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.
13. ____ É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traiam.
14. ____ Desconfio muito dos motivos dos outros.
15. ____ Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos das pessoas.

*ma

16. ____ Eu não me encaixo.
17. ____ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.
18. ____ Eu não pertença a ninguém; sou um/a solitário/a.
19. ____ Sinto-me alienada/o das outras pessoas.
20. ____ Sempre me sinto excluída/o dos grupos.

*si

21. ____ Nenhum/a homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.
22. ____ Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.

23. ____ Não sou digna/o do amor, da atenção, e do respeito dos outros.

24. ____ Sinto que não mereço ser amada/o.

25. ____ Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.

*ds

26. ____ Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.

27. ____ Sou incompetente no que se refere a realizações.

28. ____ A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.

29. ____ Não tenho tanto talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.

30. ____ Não sou tão inteligente quanto a maioria das pessoas no que se refere a trabalho(ou estudo).

*fa

31. ____ Não me sinto capaz de me arranjar sozinha/o no dia-a-dia.

32. ____ Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.

33. ____ Falta-me bom senso.

34. ____ Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.

35. ____ Não confio em minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.

*di

36. ____ Não consigo deixar de sentir que algo de ruim vai acontecer.

37. ____ Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro, ou médico) vai acontecer a qualquer momento.

38. ____ Tenho medo de ser atacada/o.

39. ____ Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar pobre.

40. ____ Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada de sério tenha sido

diagnosticado pelos médicos.

*vh

41. ____ Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como

outras pessoas da minha idade parecem conseguir.

42. ____ Meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.

43. ____ É muito difícil para meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu escondermos detalhes íntimos uns dos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados.

44. ____ Muitas vezes me parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim - eu não tenho uma vida própria.

45. ____ Muitas vezes, sinto que não tenho uma identidade separada da de meus pais ou parceiro/a.

*em

46. ____ Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.

47. ____ Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.

48. ____ Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.

49. ____ Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.

50. ____ Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.

*sb

51. ____ Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.

52. ____ Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.

53. ____ Fico tão ocupada/o fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.

54. ____ Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.

80

55. ____ As pessoas me vêem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.

*ss

56. ____ Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).

57. ____ Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.

58. ____ Tenho dificuldade em ser carinhosa/o e espontânea/o.

59. ____ Eu me controlo tanto que as pessoas acham que não sou emotiva/o.

60. ____ As pessoas me vêem como emocionalmente contida/o.

*ei

61. ____ Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.

62. ____ Tento fazer o melhor; não consigo aceitar o "suficientemente bom".

63. ____ Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.

64. ____ Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.

65. ____ Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.

*us

66. ____ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta quando quero alguma coisa de alguém.

67. ____ Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas das restrições impostas às outras pessoas.

68. ____ Detesto ser obrigada/o a fazer alguma coisa, ou impedida/o de fazer o que quero.

69. ____ Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.

70. ____ Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as

contribuições dos outros.

*et

71. _____ Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.

72. _____ Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrada/o e desisto.

73. _____ Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo a longo prazo.

74. _____ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.

75. _____ Raramente consigo cumprir minhas resoluções.

*is

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de dezoito anos

Você está sendo convidado a participar, como voluntária em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, caso aceite participar do presente estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Caso não queira participar da pesquisa, não tem nenhum problema, você não será penalizado e continuará a ser atendido normalmente. Sinta-se à vontade para qualquer dúvida ou se precisar pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco pelo telefone: 21268588, situado à Av. Prof. Moraes Rego, s/n- Cidade Universitária- Recife-PE, CEP: 5067-901.

Informações sobre a pesquisa:

1. Títulos das Pesquisas: “Pensamentos Obsessivos relacionados ao bebê e Esquemas Iniciais Desadaptativos na depressão pós-parto”/ “Avaliação do desempenho da memória autobiográfica na depressão pós-parto- um estudo comparativo”
2. Pesquisadores responsáveis: **Laila da Camara Lima Kurtinaitis**, psicóloga (CRP-PE: 02/13895), que estará a sua disposição pelo telefone: (81) 88049327 ou pelo correio eletrônico: lailakurtinaitis@hotmail.com. **Tarcísio Gomes Dutra**, psicólogo (CRP-PE: 02/13974), que estará a sua disposição pelo telefone: (81) 88223565 ou pelo correio eletrônico:tgduutra@yahoo.com.br.
3. A primeira pesquisa pretende avaliar quais são os principais pensamentos obsessivos relacionados ao bebê e os principais Esquemas Iniciais Desadaptativos presentes em puérperas com depressão pós-parto e saudáveis atendidas em um serviço de puericultura. A segunda pesquisa pretende entender melhor, como se apresenta o desempenho de evocação de determinadas memórias que dizem respeito a acontecimentos pessoais de vida, denominadas de memórias autobiográficas, em mulheres que apresentam depressão pós-parto e em mulheres que não apresentam esse quadro clínico.
4. Riscos: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o paciente possa ter ao responder aos questionários.
5. Benefícios: Ser encaminhada e receber atendimento no Ambulatório de Saúde Mental da Mulher dos Hospital das Clínicas da UFPE caso a participante seja diagnosticada como tendo depressão pós-parto e deseje comparecer a este atendimento.
6. As pacientes não serão identificadas em nenhum momento da pesquisa, todas as informações serão mantidas em sigilo.
7. As pacientes terão a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, risco, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa.
8. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir a sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao atendimento que elas recebem.
9. As respostas das pacientes serão mantidas em sigilo pelos pesquisadores e todas as despesas para o desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores.
10. Os pacientes irão responder a seis instrumentos de pesquisa.

11. Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação desde que seja resguardado o sigilo na identificação.

Pesquisado: Eu _____

RG _____, CPF _____, nº do prontuário _____,

Concordo em participar deste estudo na condição de pesquisado (sujeito do estudo). Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores: Laila da Camara Lima Kurtinaitis e/ou Tarcísio Gomes Dutra, sobre o presente estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido a retirada do meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento, assistência e tratamento.

Recife, _____ de _____ de 20 _____

Participante

Nome da primeira testemunha

Nome da segunda testemunha

Nome do pesquisador responsável

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

ANEXO F - Protocolo do Comitê de Ética

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Página 1 de 2

PROT. N° 168109
CEP/CCS
FL.

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

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0167.0.172.000-09	
Projeto de Pesquisa Tradução para o Português do Brasil e Adaptação da o Postpartum Thoughts and Behavior Checklist (Inventário de Pensamentos e Comportamentos do Pós-parto)			
Area(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável CPF: 04915013470 Pesquisador Responsável: Laila da Camara Lima Kurtinaitis			
Assinatura X Laila da C. L. Kurtinaitis			
Comitê de Ética Data de Entrega: 22/05/2009 Recebimento: _____ Renata Simões Moreira Assistente em Administração Matr. SIAPE 1317082			

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

ANEXO G - Carta de Anuência do Ambulatório de Puericultura**Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que a mestrandia do departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, desta instituição, Laila da Camara Lima Kurtinaitis, CPF 048.150.134-70, RG 639421 SSP PE, autora do Projeto de Pesquisa intitulado, **Tradução para o Português do Brasil e Adaptação da "Postpartum Thoughts and Behavior Checklist" (Inventário de Pensamentos e Comportamentos do Pós-parto)** sob a orientação do professor Dr. **EVERTON BOTELHO SOUGEY**, da Universidade Federal de Pernambuco, está autorizada em desenvolver a sua pesquisa com pacientes do ambulatório de Puericultura do Hospital das Clínicas da UFPE, pelo período de execução previsto no referido Projeto

Nome: *Dr. Henrique Ramos*

Matrícula, Siape: CRM - 3365

Identidade:

Assinatura manuscrita de Henrique Ramos, sobre uma linha horizontal.

Coordenador do Ambulatório de Puericultura do Hospital das Clínicas da UFPE

Assinatura manuscrita, possivelmente de Laila da Camara Lima Kurtinaitis, localizada no canto inferior direito da página.

ANEXO H - Carta de Anuência do Ambulatório de Psiquiatria do HC-PE**Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que a mestrandia do departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, desta instituição, Laila da Camara Lima Kurtinaitis, CPF 048.150.134-70, RG 639421 SSP PE, autora do Projeto de Pesquisa intitulado, **Tradução para o Português do Brasil e Adaptação da "Postpartum Thoughts and Behavior Checklist" (Inventário de Pensamentos e Comportamentos do Pós-parto)** sob a orientação do professor Dr. **EVERTON BOTELHO SOUGEY**, da Universidade Federal de Pernambuco, está autorizada a encaminhar para o ambulatório de Saúde Mental do Hospital das Clínicas da UFPE, as participantes da pesquisa que porventura necessitem deste serviço, pelo período de execução previsto no referido Projeto

Nome:

Matrícula, Siape:

Identidade:

4019694

João Ricardo M. de Oliveira
João Ricardo M. de Oliveira
CRM 15008
Coordenação do Ambulatório
de Saúde Mental - HC - UFPE

Coordenador do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital das Clínicas da UFPE

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.