



**Universidade Federal de Pernambuco**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento**

***DEPRESSÃO PÓS-PARTO:***  
***PREVALÊNCIA, PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E COMORBIDADE COM***  
***TRANSTORNOS ANSIOSOS***

**Amaury Cantilino**

**AMAURY CANTILINO**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:**

**PREVALÊNCIA, PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E COMORBIDADE COM  
TRANSTORNOS ANSIOSOS**

Tese apresentada à Coordenação do Curso  
de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e  
Ciências do Comportamento do Centro de  
Ciências da Saúde da Universidade Federal  
de Pernambuco como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor em Ciências

**Orientador:**

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

**Recife**

**2009**

Cantilino, Amaury

Depressão pós-parto: pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos / Amaury Cantilino da Silva Junior. – Recife : O Autor, 2009.

153 folhas ; il., fig., tab.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2009.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Depressão pós-parto. 2. transtornos de ansiedade pós-parto. 3. comorbidade pós-parto. 4. Pensamentos disfuncionais. I. Título.

616.895.4  
618.76

CDU (2.ed.)  
CDD (22.ed.)

UFPE  
CCS2009-051

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DO  
DOUTORANDO AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR

No dia 27 de fevereiro de 2009, às 8h, no Auditório Murilo La Greca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Rivaldo Mendes de Albuquerque, Doutor Professor do Departamento Materno Infantil da Universidade de Pernambuco; Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Doutor Professor do Departamento Materno Infantil da Universidade de Pernambuco; Kátia Cristina Lima de Petribú, Doutora Professora do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Othon Coelho Bastos Filho, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram ao Doutorando AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR, sobre a sua Tese intitulada "DEPRESSÃO PÓS-PARTO: PREVALÊNCIA, PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E COMORBIDADE COM TRANSTORNOS ANSIOSOS". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Doutorando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

Aprovado

Prof. Dr. Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa

APROVADO

Profª. Drª. Kátia Cristina Lima de Petribú

Kátia Petribú

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADO

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Othon

Rivaldo Mendes de Albuquerque

Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

Hélio

Prof. Dr. Hélio de Lima Ferreira  
Fernandes Costa

Kátia Petribú

Profª. Drª. Kátia Cristina Lima de Petribú

Everton

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Othon

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho  
Presidente da Banca

*Aos meus queridos filhos:*

*Nina e Artur*

## AGRADECIMENTOS

Deixo aqui os meus agradecimentos:

- Ao Professor Doutor Everton Botelho Sougey por orientar-me na condução deste trabalho e dar-me liberdade e autonomia na coordenação do Programa de Saúde Mental da Mulher. É a partir dessa confiança e desse estímulo que venho pouco a pouco amadurecendo como pesquisador e que tenho desfrutado do prazer de conviver com pessoas que me instigam a seguir adiante;

- À colega psiquiatra Carla Fonseca Zambaldi pela ajuda na coleta de dados, e sobretudo pelas lições de praticidade na execução deste projeto;

- Aos colegas Thiago Lucena César de Albuquerque, Juliana Alencar de Melo Paes e Ana Carla Peres Montenegro por todo apoio nas entrevistas e por conseguirem fazer com que este trabalho, além de esforço e responsabilidade, também se tornasse diversão e bom companheirismo;

- Ao colega Antônio Peregrino pela ajuda no programa de análise estatística;

- Ao colega pediatra José Henrique Silva e à sua secretária, Kátia, pela generosidade em aceitar que utilizássemos o espaço do consultório e pela gentileza em facilitar o nosso trabalho sempre com muito boa vontade;

- Aos serviços de puericultura do Hospital das Clínicas da UFPE e do IMIP por permitirem que fizéssemos a pesquisa nesses locais;

- A todos os colegas que me acompanharam nas variadas disciplinas ao longo do curso pelo prazer da descoberta de novas amizades;

- A todas as mulheres que aceitaram participar do estudo pela disponibilidade em dividirem particularidades de suas vidas e por me ajudarem a aprender com as suas experiências.

## RESUMO

**Introdução:** Apesar da depressão pós-parto ser bastante pesquisada, algumas lacunas importantes no conhecimento desse transtorno ainda existem. No Brasil, por exemplo, não existem estudos de prevalência que tenham utilizado entrevistas clínicas estruturadas para o seu diagnóstico. Além disso, também no nosso meio, não se conhece a prevalência dos transtornos de ansiedade no puerpério e a sua comorbidade com depressão. Outro aspecto relevante é que embora programas de tratamento de depressão pós-parto com psicoterapia cognitivo-comportamental sejam realizados e pesquisados, estudos que comparem a frequência de pensamentos disfuncionais entre puérperas deprimidas e puérperas sem depressão não têm sido encontrados na literatura. Tanto pesquisas que estudem comorbidade entre depressão pós-parto e transtornos de ansiedade quanto aquelas que possam avaliar quais pensamentos disfuncionais estão mais presentes nessas puérperas podem dar subsídios para a construção de programas de terapia cognitiva baseados em evidências. **Objetivos:** O estudo teve três eixos centrais: 1) Estimar a prevalência de depressão pós-parto em Recife-PE utilizando a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I); 2) Avaliar quais pensamentos disfuncionais de acordo com o *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ) estavam mais presentes em mulheres com depressão pós-parto quando comparadas às puérperas sem depressão; 3) Estimar a prevalência de transtornos de ansiedade no puerpério e avaliar a frequência de comorbidade com depressão. **Método:** Uma amostra de conveniência de 400 puérperas foi selecionada em ambulatórios públicos e em um consultório privado de puericultura enquanto aguardavam consultas para seus bebês. Essas mulheres foram entrevistadas com o uso da SCID-I para depressão e com o *Mini International Neuropsychiatric Interview* para transtornos de ansiedade. Além disso, foram solicitadas a preencherem o PNTQ. Esse último questionário precisou ser traduzido de maneira sistemática e teve a sua confiabilidade testada. **Resultados:** A prevalência de depressão pós-parto foi de 7,2%. Cerca de 30% das puérperas apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade, tendo sido mais prevalentes o transtorno de ansiedade generalizada (16,5%), a fobia social (11,2%) e o transtorno obsessivo-compulsivo (9,0%). Dentre as 29 puérperas que apresentaram depressão, 26 (89,7%) tinham pelo menos um transtorno de ansiedade comórbido, sendo que 9 (31,0%) tinham transtorno do pânico, 8 (27,6%) tinham agorafobia, 13 (44,8%) tinham fobia social, 14 (48,3%) tinham transtorno obsessivo-compulsivo, 9 (31,0%) tinham transtorno do estresse pós-traumático, e 19 (65,5%) preenchiam critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Quanto aos pensamentos disfuncionais pesquisados pelo PNTQ, com a exceção do item “eu não quero ficar sozinha com o meu bebê”, todos tiveram correlação robusta com a depressão. Além disso, houve uma tendência ao maior aparecimento de pensamentos disfuncionais entre as mulheres que apresentaram depressão em comorbidade com

transtorno de ansiedade generalizada do que entre aquelas deprimidas sem esse transtorno. A tradução para o português do PNTQ teve boa aceitação entre as puérperas e testes de confiabilidade com resultados satisfatórios. **Conclusões:** A taxa de depressão pós-parto nesta amostra foi de 7,2%. O PNTQ contém pensamentos disfuncionais que estão mais presentes em mulheres com depressão pós-parto. Cerca de 30% das puérperas apresentaram pelo menos um transtorno ansioso. Dentre as deprimidas 89,7% apresentavam pelo menos um transtorno de ansiedade.

**Unitermos:** depressão pós-parto; prevalência; transtornos de ansiedade; comorbidade; pensamentos disfuncionais; pensamentos negativos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite the fact that postpartum depression has been extensively studied, some important gaps still remain within the body of knowledge of this disorder. In Brazil, for instance, there are no prevalence studies where structured clinical interviews were used for diagnosis. Moreover, also in our field, there is no knowledge of the prevalence of anxiety disorders during the puerperium period and its comorbidity with depression. Another relevant aspect is that although postpartum depression treatment programs with cognitive-behavioral therapy are used and researched, studies that compare the frequency of dysfunctional thoughts between depressed puerperal women and puerperal women without depression have not been found in the literature. Both the estimation of comorbidity between postpartum depression and anxiety disorders and identification of the most prevalent dysfunctional thoughts in these puerperal women can subsidize evidence based cognitive therapy programs. **Objectives:** The study involved three central objectives: 1) To estimate the prevalence of postpartum depression in Recife-PE using the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I); 2) To evaluate which dysfunctional thoughts according to *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ) were more present in women with postpartum depression when compared to puerperal women without depression; 3) To estimate the prevalence of anxiety disorders in the puerperium period and evaluate the frequency of comorbidity with depression. **Method:** A sample of 400 puerperal women was selected from public clinics and from a private child support clinic while they were waiting for consultation for their babies. These women were interviewed using the SCID-I for depression and the *Mini International Neuropsychiatric Interview* for anxiety disorders. In addition, they were asked to fill the PNTQ. This questionnaire needed to be translated systematically and underwent reliability tests. **Results:** The prevalence of postpartum depression was 7.2%. Nearly 30% of the puerperal women presented at least one anxiety disorder, the most prevalent among them being generalized anxiety disorder (16.5%), social phobia (11.3%) and obsessive-compulsive disorder (9.0%). From 29 puerperal women which presented depression, 26 (89.7%) had at least one – sometimes more than one – comorbid anxiety disorder, so that 9 (31.0%) presented panic disorder, 8 (27.2%) agoraphobia, 13 (44.8%) social phobia, 14 (48.3%) obsessive-compulsive disorder, 9 (31.0%) post-traumatic stress disorder, and 19 (65.5%) filled the criteria for generalized anxiety disorder. With respect to the dysfunctional thoughts researched by the PNTQ, except for the item “I do not want to stay alone with my baby”, all had strong correlation with depression. Moreover, there was a higher tendency of having dysfunctional thoughts among women presenting depression in comorbidity with generalized anxiety disorder than among depressed women without this disorder. The PNTQ translation into Portuguese had a good acceptance among puerperal women and reliability tests with satisfactory results. **Conclusions:** The prevalence of postpartum depression in this sample was 7,2%. The PNTQ contains dysfunctional thoughts that are more frequent in women with post-partum

depression. Nearly 30% of the puerperal women presented at least one anxiety disorder. From the depressed women, 89.7% had at least one comorbid anxiety disorder.

**Uniterms:** Postpartum depression; prevalence; anxiety disorders; comorbidity; dysfunctional thoughts; negative thoughts.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Prevalência de depressão pós-parto em diferentes culturas.....	25
Tabela 2: Prevalência de depressão pós-parto no Brasil.....	25
Tabela 3: Preditores de depressão pós-parto.....	27
Tabela 4: Itens da versão preliminar do <i>Postnatal Negative Thoughts Questionnaire</i> .....	52
Tabela 5: Dimensões do <i>Postnatal Negative Thoughts Questionnaire</i> .....	53
Tabela 6: Tradução e retrotradução do <i>Postnatal Negative Thoughts Questionnaire</i> .....	80
Tabela 7: Entrevistadas segundo dados sociais.....	84
Tabela 8: Entrevistadas segundo dados obstétricos e do bebê.....	86
Tabela 9: Entrevistadas segundo dados de saúde.....	87
Tabela 10: Prevalência de depressão entre os locais de coleta de dados.....	88
Tabela 11: Prevalência de depressão segundo faixa etária, estado civil e escolaridade.....	89
Tabela 12: Prevalência de depressão segundo dados sociodemográficos.....	89
Tabela 13: Prevalência de depressão segundo tempo de pós-parto, peso do bebê e tipo de parto.....	90
Tabela 14: Prevalência de depressão segundo dados de complicações obstétricas e neonatais.....	91
Tabela 15: Prevalência de depressão segundo dados da gravidez.....	92
Tabela 16: Prevalência de depressão segundo histórico de problemas de saúde.....	93
Tabela 17: Prevalência dos transtornos de ansiedade na amostra de 400 puérperas.....	94
Tabela 18: Período de início dos transtornos de ansiedade.....	94
Tabela 19: Transtornos de ansiedade comórbidos com o diagnóstico de depressão pós-parto.....	95
Tabela 20: Relação entre transtornos de ansiedade e depressão.....	96
Tabela 21: Associação entre depressão pós-parto e pensamentos do <i>Postnatal Negative Thoughts Questionnaire</i> .....	98-99
Tabela 22: Frequência de pensamentos disfuncionais entre deprimidas com e sem comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada.....	101

Tabela 23: Interpretação dos valores de *kappa* de acordo com Landis & Koch.....105

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Número de entrevistadas entre os locais de coleta de dados.....	83
Figura 2: Número de entrevistadas entre as diversas faixas de renda familiar.....	84
Figura 3: Prevalência de depressão na amostra de 400 puérperas.....	87

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. DOS ESTUDOS DE PREVALÊNCIA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. DOS PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3. DA COMORBIDADE COM TRANSTORNOS ANSIOSOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>23</b>
2.1.1. EPIDEMIOLOGIA.....	23
2.1.2. DIAGNÓSTICO.....	29
2.1.3. REPERCUSSÕES.....	34
2.1.4. TRATAMENTO.....	42
<b>2.2. PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS.....</b>	<b>48</b>
2.2.1. CONCEITO.....	48
2.2.2. RELAÇÃO COM DEPRESSÃO.....	49
2.2.3. RELAÇÃO COM O PÓS-PARTO.....	50
<b>2.3. TRANSTORNOS ANSIOSOS NO PÓS-PARTO.....</b>	<b>54</b>
2.3.1. TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA.....	55
2.3.2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL.....	56
2.3.3. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.....	57
2.3.4. TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	60
2.3.5. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA.....	62
2.3.6. COMORBIDADE COM DEPRESSÃO.....	63
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>67</b>
<b>4. MÉTODOS.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1. TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>68</b>
<b>4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>68</b>
<b>4.3. LOCAIS E PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....</b>	<b>69</b>
<b>4.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....</b>	<b>70</b>
<b>4.5. TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....</b>	<b>73</b>
<b>4.6. PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>74</b>
4.6.1. ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA E CONFIABILIDADE DO <i>POSTNATAL NEGATIVE THOUGHTS QUESTIONNAIRE</i> .....	74

4.6.2.	APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	75
4.6.3.	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	76
<b>4.7.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>77</b>
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>5.1.</b>	<b>ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA E CONFIABILIDADE DO <i>POSTNATAL NEGATIVE THOUGHTS QUESTIONNAIRE</i>.....</b>	<b>79</b>
<b>5.2.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....</b>	<b>82</b>
<b>5.3.</b>	<b>PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ASSOCIAÇÃO COM DADOS BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>87</b>
<b>5.4.</b>	<b>PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....</b>	<b>94</b>
<b>5.5.</b>	<b>ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO PÓS-PARTO.....</b>	<b>95</b>
<b>5.6.</b>	<b>ASSOCIAÇÃO ENTRE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS NO PÓS-PARTO E DEPRESSÃO.....</b>	<b>97</b>
<b>5.7.</b>	<b>PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E COMORBIDADE ENTRE DEPRESSÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....</b>	<b>100</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>102</b>
<b>6.1.</b>	<b>ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA E CONFIABILIDADE DO <i>POSTNATAL NEGATIVE THOUGHTS QUESTIONNAIRE</i>.....</b>	<b>102</b>
<b>6.2.</b>	<b>PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NO PÓS-PARTO.....</b>	<b>105</b>
<b>6.3.</b>	<b>RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E DADOS BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>107</b>
<b>6.4.</b>	<b>PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO PÓS-PARTO.....</b>	<b>110</b>
<b>6.5.</b>	<b>COMORBIDADE ENTRE DEPRESSÃO E TRANSTORNOS ANSIOSOS.....</b>	<b>113</b>
<b>6.6.</b>	<b>PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>115</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>120</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>123</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO 1: Questionário bio-socio-demográfico.....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO 2: SCID-I para episódio depressivo.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO 3: MINI para transtornos de ansiedade.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO 4: Questionário de pensamentos negativos pós-natais.....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXO 5: Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO 6: Termo de consentimento livre e esclarecido para menores de 18 anos.....</b>	<b>151</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As mulheres têm chance duas vezes maior do que os homens de apresentarem transtornos afetivos e o pico de incidência desses transtornos ocorre durante o período reprodutivo, entre as idades de 25 a 44 anos (Kessler et al 1993). O pós-parto tem sido claramente definido como a fase de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos graves na mulher (Kendell et al 1987). Durante este período, cerca de 85% das puérperas experimentam pelo menos alguma forma de alteração de humor (Henshaw 2003). A maioria delas apresenta sintomas relativamente leves e transitórios conhecidos como *maternity blues* ou disforia puerperal (Kennerley and Gath 1989). Contudo, de acordo com estudos internacionais, aproximadamente 10% a 15% das mulheres podem experimentar uma forma mais incapacitante e persistente de distúrbio psíquico, seja a depressão pós-parto (DPP) ou a psicose puerperal (Cooper et al 1988).

Os transtornos do humor são bastante frequentes na população. Apesar disso, a depressão que emerge durante o pós-parto é muitas vezes negligenciada pelas pacientes e pelos profissionais de saúde (Coates et al 2004). Os transtornos afetivos puerperais colocam tanto a mãe quanto o bebê em risco. Eles têm sido associados a efeitos de longo prazo no desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança (Grace et al 2003). Sendo assim, a detecção e o tratamento precoce são fundamentais.

Observa-se que a partir dos anos de 1960, a depressão pós-parto vem recebendo crescente atenção por parte dos pesquisadores em medicina, enfermagem e psicologia. Mesmo

assim, algumas lacunas de conhecimento ainda geram marcada solução de continuidade no seu todo teórico implicando em questionamentos práticos: a depressão pós-parto é uma entidade nosológica distinta da depressão em outras épocas da vida? A DPP deve ter terapêutica específica? Até que ponto os fatores hormonais estão envolvidos na sua etiopatogenia? Quais elementos psicossociais podem ser relevantes para uma intervenção primária? Como saber quais das mulheres com o *maternity blues* estão no início de um quadro depressivo? Qual a relação da depressão pós-parto com a depressão bipolar?

Dentre os vários outros possíveis questionamentos derivados das diversas lacunas, três foram objeto de estudo deste trabalho:

- Qual a prevalência de depressão pós-parto em puérperas que levam seus bebês a serviços de puericultura na nossa população?
- Quais dos pensamentos experimentados por puérperas estão associados à DPP?
- Qual o perfil de comorbidade de DPP com transtornos ansiosos?

### 1.1. DOS ESTUDOS DE PREVALÊNCIA

Alguns estudos sugerem que há uma taxa maior de surgimento de depressão durante o pós-parto. Num estudo conduzido nos anos oitenta, pesquisadores fizeram uma comparação de prevalência de depressão antes e após o parto. Para isso, acompanharam um mesmo grupo de mulheres desde o início da gravidez até o terceiro mês de puerpério. Obtiveram prevalência de 10% no primeiro trimestre de gestação e 14% no primeiro trimestre de pós-parto (Kumar and Robson 1984).

Numa revisão publicada recentemente, 143 estudos foram identificados relatando a prevalência de depressão em puérperas de 40 países. A maioria deles foi realizada em países ocidentais economicamente desenvolvidos. Observou-se que a prevalência de depressão variou de 0% a 60% entre os diversos estudos. Em alguns países, como Singapura, Malta, Malásia, Áustria e Dinamarca há prevalências baixas de depressão pós-parto. Enquanto isso, em países como Brasil, Costa Rica, Itália, África do Sul, Taiwan e Coréia, as taxas são bastante altas. Os autores atribuem essa variação a fatores culturais (níveis de suporte social e estresse), econômicos (pobreza e nutrição), diferenças na percepção de doença mental e seu estigma, e a fatores de vulnerabilidade biológicos (Halbreich and Karkun 2006).

Uma hipótese que deve ser considerada para explicar essa variabilidade é o fato de serem utilizados instrumentos diagnósticos diversos para caracterizar a DPP. Parece surpreendente, mas muito poucos estudos até hoje utilizaram os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM), ou da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID), com entrevistas semi-estruturadas específicas, que seriam recomendáveis para a precisão diagnóstica. A maioria dos trabalhos utilizou a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox et al 1987). Alguns outros utilizaram o *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck et al 1961). As escalas acima não foram desenhadas para dar diagnóstico de depressão pós-parto, elas servem para rastreamento de DPP. O valor preditivo positivo delas varia consideravelmente entre culturas. A taxa de depressão, se essas escalas forem utilizadas para dar diagnóstico, fica superestimada por causa de um número significativo de falsos positivos para estudos de prevalência. Podem, desta forma, ser consideradas inadequadas para essa finalidade.

Num estudo preliminar realizado no Nordeste do Brasil, um total de 120 puérperas (60 usuárias de serviço público e 60 usuárias de serviço privado de saúde) foram solicitadas a preencher a versão em português da EPDS e posteriormente entrevistadas por um avaliador utilizando uma entrevista semi-estruturada para o diagnóstico de depressão no *Diagnostic and Statistical Manual* da Associação Psiquiátrica Americana (versão em português da *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*). Encontrou-se prevalência de depressão assaz diferente a depender do instrumento utilizado. Com ponto de corte de 12 na EPDS, 25,8% das puérperas teriam depressão. Esse número foi bem superior ao de 13,3% encontrado com a aplicação da *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) (Cantilino et al 2003). Esse estudo exemplifica como a taxa de depressão pode ser superestimada quando são utilizadas apenas escalas de rastreamento em estudos epidemiológicos.

Outro fator a ser considerado nos estudos de prevalência de DPP é o tempo de pós-parto utilizado para serem feitas as aferições dos sintomas. Alguns estudos realizaram corte transversal nas duas primeiras semanas de pós-parto. Esse momento é inadequado para se estabelecer o diagnóstico de DPP por haver dificuldade em distingui-la da disforia puerperal, que é um quadro de instabilidade do humor bastante frequente, típico dos primeiros dias de puerpério, e que regride espontaneamente após uma ou duas semanas (Kennerley and Gath 1989).

Sete estudos se propuseram a estimar a prevalência de depressão pós-parto no Brasil (Cruz et al 2005; Da-Silva et al 1998; Faisal-Cury et al 2004; Moraes et al 2006; Ruschi et al 2007; Santos et al 1999; Tannous et al 2008). Todos incorreram nos problemas acima citados, fazendo com que as taxas variassem de 13% a 46%. Cinco deles utilizaram a EPDS, um aplicou

o BDI e o outro utilizou a escala para depressão de Hamilton. Dois deles não excluíram mulheres nas duas primeiras semanas de pós-parto. Esses dados serão mostrados adiante de modo mais detalhado.

Em presença do exposto, parece premente que se possa conhecer a prevalência de DPP na nossa população utilizando-se instrumentos válidos para o diagnóstico. Este estudo se propôs a utilizar uma entrevista semi-estruturada para detectar depressão de acordo com os critérios propostos pelo DSM.

## 1.2. DOS PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

Alguns pesquisadores têm abordado a necessidade de aprofundamento no estudo de possíveis padrões de cognições em mulheres no pós-parto (Brockington et al 2006; Hall and Wittkowski 2006). Esses autores chegaram a observar que instrumentos para aferir pensamentos disfuncionais relacionados ao contexto do puerpério seriam importantes na prática clínica e na pesquisa. A escala mais utilizada em pesquisa sobre DPP, a EPDS, foca os seus itens na identificação de sintomas com poucas referências a cognições; o que parece ser uma omissão significativa, dado o papel fundamental de cognições negativas na depressão. Outra escala desenhada especificamente para aplicação no pós-parto, a *Postpartum Depression Screening Scale*, já traduzida para o português, consegue contemplar alguns possíveis pensamentos, mas como também tem a intenção de aferir a sintomatologia depressiva como um todo, não avalia as cognições de maneira sistemática (Beck and Gable 2000; Cantilino et al 2007b).

Dois pesquisadores britânicos, destarte, desenvolveram e validaram um instrumento psicométrico que examina cognições específicas do período pós-natal em mulheres com DPP (Hall and Papageorgiou 2005). A escala foi elaborada no idioma inglês e recebeu a denominação *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ). Esta escala de auto-avaliação oferece uma oportunidade para identificação e mensuração de pensamentos disfuncionais que podem ser úteis no planejamento terapêutico de mulheres com DPP. É um questionário de 17 itens divididos em duas dimensões: “Apreciação das cognições, das emoções e da situação”, que é uma dimensão associada à metacognição, e “Pensamentos negativos associados ao bebê e à maternidade”.

No ano que se seguiu à publicação da escala, sua autora principal, a psicóloga Pauline Hall, aplicou a PNTQ em puérperas sem depressão e observou que muitos dos itens eram marcados como positivos. Assim, foi sugerido que pensamentos negativos usualmente relacionados à depressão pós-parto estavam também presentes em puérperas sem DPP, podendo representar fenômenos normais no contexto da mulher durante o puerpério. Nesse artigo, estimularam pesquisadores a comparar os resultados da aplicação do PNTQ entre puérperas com e sem depressão (Hall and Wittkowski 2006).

O presente estudo tenta responder quais desses padrões de cognição avaliados pelo PNTQ são característicos da depressão pós-parto e quais são característicos apenas do contexto do pós-parto independentemente da presença de depressão. Além disso, procura disponibilizar esse questionário para aplicação em nossa população através de tradução e adaptação sistemáticas para o português. No Brasil, onde o interesse em psicoterapia cognitiva vem crescendo consideravelmente, instrumentos como o PNTQ podem ser de grande valia para a prática clínica.

### 1.3. DA COMORBIDADE COM TRANSTORNOS ANSIOSOS

A depressão pós-parto é o mais comum dos transtornos do humor relacionados ao puerpério. Provavelmente por isso tem recebido atenção predominante dos pesquisadores ao longo dos últimos anos. Alguns autores, no entanto, vêm apontando a possibilidade de alguns clínicos não estarem diagnosticando transtornos ansiosos no pós-parto por confundirem os mesmos com a DPP ou por não percebê-los quando em estados comórbidos (Miller et al 2006). Já é bem sabido que depressão e ansiedade patológica, tanto como transtornos clínicos quanto como simplesmente estados afetivos, habitualmente convivem (Maier and Falkai 1999). Isso também ocorre no puerpério, mas poucos estudos têm abordado este tema. Clínicos e pesquisadores podem, até mesmo, estar inadvertidamente diagnosticando depressão pós-parto em casos em que, na verdade, existem transtornos ansiosos sem depressão.

Um estudo canadense investigou a contribuição de sintomas ansiosos para os escores da EPDS em 150 mulheres entre 36 semanas de gestação e 16 semanas de pós-parto. Os três itens da sub-escala de ansiedade da EPDS contaram com 47% dos escores totais no final da gestação e 38% no pós-parto. Observou-se que duas categorias de ansiedade foram comuns no período perinatal: ansiedade situacional (especialmente no final da gravidez); e ansiedade comórbida clinicamente significativa, que era experimentada por cerca de 50% das mulheres deprimidas da amostra (Ross et al 2003).

Pesquisas em populações fora do pós-parto mostram que a comorbidade clínica de depressão e transtorno de ansiedade apresenta sintomatologia mais grave e está mais relacionada a resultados piores no tratamento tanto a curto quanto a longo prazo (Andreescu et al 2007). Sugere-se que essa comorbidade seja mais difícil de tratar do que cada transtorno isoladamente e

que requeira estratégias terapêuticas específicas para cada grupo de sintomas (Emmanuel et al 1998). Parece haver, além disso, maior risco de suicídio em depressões associadas à ansiedade patológica (Fawcett 1997). Durante o pós-parto, observa-se que puérperas deprimidas com ansiedade comórbida apresentam escores consideravelmente maiores na EPDS do que aquelas apenas com depressão pós-parto (Miller et al 2006).

Alguns autores têm estudado transtornos ansiosos específicos durante o período de pós-parto. Há relato de que o transtorno de ansiedade generalizada está presente em cerca de 4,5% das puérperas (Wenzel et al 2003). Num estudo de revisão, pesquisadores constataram que 44% das mulheres com transtorno do pânico tinham exacerbação dos sintomas no pós-parto e 10% delas iniciam os sintomas do transtorno nesse período (Hertzberg and Wahlbeck 1999). Estima-se que em torno de 2,5% das mulheres apresentem transtorno do estresse pós-traumático no puerpério (Maggioni et al 2006). Mais de 50 pesquisas já foram publicadas sobre esse transtorno em puérperas, sobretudo após partos traumáticos, mas poucas foram as que abordaram a prevalência e a comorbidade com depressão. Quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo no pós-parto, a incidência pode chegar a cerca de 4% (Uguz et al 2007).

O interesse por outros transtornos psíquicos, sobretudo os de ansiedade, durante o pós-parto tem sido crescente entre os pesquisadores de países europeus e norte-americanos. Todavia pouco se pode encontrar sobre as suas taxas de comorbidade com depressão pós-parto. Esse conhecimento parece ser muito importante para o adequado planejamento de ações de saúde pública. Além de apresentar o perfil de comorbidade de puérperas deprimidas com transtornos de ansiedade, o presente estudo também tem como finalidade mostrar a prevalência dos diversos transtornos ansiosos nas puérperas brasileiras já que dados latino-americanos a respeito desse assunto são ainda escassos.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

#### **2.1.1. EPIDEMIOLOGIA**

##### **2.1.1.1. Prevalência de ponto**

O início da depressão pós-parto ocorre usualmente nas primeiras semanas do puerpério, sendo que grande parte dessas mulheres já pode apresentar sintomatologia sub-sindrômica desde a gestação (Stowe et al 2005). Esse transtorno, contudo, não se limita a essas semanas iniciais, parecendo não haver tendência a remissão sintomatológica espontânea nos primeiros meses. Num estudo de revisão da literatura no período de 1982 a 2002, foram incluídos estudos que mediram a DPP ou sintomas depressivos no pós-parto e pelo menos mais uma vez entre seis e 30 meses após o nascimento do bebê. Observou-se que os sintomas depressivos continuavam a causar problemas num número significativo de mães para além de 12 meses após o parto (Goodman 2004).

Pesquisadores de diversos países mostram que uma percentagem significativa de mães estão deprimidas no sexto mês após o parto. Nos Estados Unidos, 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos importantes nesse período (Beeghly et al 2002). Na Suécia, 13% das mulheres permanecem deprimidas seis meses após o nascimento de seus bebês (Josefsson et al 2001). Entre seis e 12 meses de pós-parto, 15% de uma amostra de mães australianas estava deprimida (Cox et al 1987; Hiscock and Wake 2001).

O tempo e o padrão de recorrência de depressão durante o primeiro ano após o nascimento do bebê em mulheres com história de episódio anterior de depressão pós-parto foram estudados prospectivamente (Wisner et al 2004). Cinquenta e uma mulheres que tiveram pelo

menos um episódio anterior de DPP foram recrutadas durante as suas gravidezes para participarem do estudo. Após o parto, elas foram avaliadas a cada semana por 20 semanas e então na 24<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, e 52<sup>a</sup> semanas de pós-parto com uma escala para depressão e com uma entrevista diagnóstica. Das 51 mulheres, 21 tiveram recorrências de DPP (41%). Dezenove das 21 recorrências aconteceram nas primeiras 28 semanas de pós-parto.

Após anos de pesquisas transculturais sobre depressão pós-parto, parece evidente que a sua prevalência é considerável nos mais diversos países. Como já relatado anteriormente, poucos estudos utilizaram instrumentos para o diagnóstico de depressão, como entrevistas semi-estruturadas. A maioria fez pesquisa de prevalência de sintomatologia depressiva utilizando escalas de rastreamento, no mais das vezes a EPDS. Numa revisão sistemática que incluiu 28 trabalhos realizados entre os anos de 1980 e 2004, observou-se taxa média de 7,1% (Gavin et al 2005). A tabela 1 inclui estudos de prevalência de depressão pós-parto diagnosticada. A maioria desses estudos utilizou a *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID-I) e o período de avaliação foi bastante variável entre eles.

No Brasil, de acordo com pesquisa nos bancos de dados *Scielo* e *Medline*, não existem estudos de prevalência que tenham utilizado entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas para diagnóstico de DPP. No entanto alguns trabalhos estimaram a taxa de DPP a partir dos escores de escalas de auto-avaliação. A tabela 2 mostra os dados nacionais encontrados. Nela podemos observar que alguns estudos trabalharam com um número de puérperas bem pequeno, enquanto outros não excluíram mulheres nas primeiras duas semanas de pós-parto.

**Tabela 1: Prevalência de depressão pós-parto em diferentes culturas**

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>Número de puérperas avaliadas</b>	<b>Período de avaliação no pós-parto</b>	<b>Instrumento utilizado</b>
(Lee et al 2001)	China	6	959	3º mês	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
(Nhiwatiwa et al 1998)	Zimbábue	16	500	6ª à 8ª semana	<i>Revised Clinical Interview Schedule</i>
(Regmi et al 2002)	Nepal	12	100	2º ao 3º mês	<i>Structured Interview for DSM</i>
(Yamashita et al 2000)	Japão	17	88	3º mês	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
(Rahman et al 2003)	Paquistão	28	541	10ª à 12ª semana	<i>Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>
(Agoub et al 2005)	Marrocos	7	144	6ª semana	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
(Yonkers et al 2001)	Estados Unidos	7	802	3ª à 5ª semana	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
(Navarro et al 2008)	Espanha	9	428	6ª semana	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
(Vega-Dienstmaier et al 1999)	Peru	6	321	1º ano	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual*

**Tabela 2: Prevalência de depressão pós-parto no Brasil**

<b>Autores</b>	<b>Cidade</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>Número de mulheres avaliadas</b>	<b>Período de avaliação</b>	<b>Instrumento utilizado</b>
(Cruz et al 2005)	São Paulo – SP	37	70	12ª à 16ª semana	EPDS >11
(Da-Silva et al 1998)	São Gonçalo - RJ	43	21	Até o 6º mês	EPDS >12
(Faisal-Cury et al 2004)	São Paulo – SP	16	113	10º dia	<i>Beck Depression Inventory</i>
(Moraes et al 2006)	Pelotas – RS	19	410	30º ao 45º dia	Escala de Depressão de Hamilton >17
(Ruschi et al 2007)	Vitória – ES	39	292	31º ao 180º dia	EPDS >11
(Santos et al 1999)	Brasília – DF	13	236	6ª à 24ª semana	EPDS >12
(Tannous et al 2008)	Porto Alegre - RS	21	271	6ª à 8ª semana	EPDS >12

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

O estudo de validação da *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) em puérperas brasileiras foi realizado em Recife – PE. Embora não tenha sido realizado para aferir a prevalência de depressão pós-parto, ofereceu dados nesse sentido. Nesse trabalho, 120 mulheres entre duas semanas e seis meses de pós-parto preencheram a escala de rastreamento (PDSS) e posteriormente foram entrevistadas através do SCID para depressão. Foram diagnosticadas como tendo depressão pós-parto pelo SCID 13,3% da amostra. Ficaram acima do ponto de corte da PDSS 16,7% delas (Cantilino et al 2007b).

#### 2.1.1.2. Fatores de risco

A melhor intervenção para a depressão pós-parto é, em primeiro lugar, prevenir o aparecimento da mesma. O período anterior ao parto parece ser o melhor para se começar. Para tanto, a identificação de preditores desse transtorno parece fundamental. Lidar com fatores de risco individuais pode ser parte do plano de tratamento da DPP.

Algumas meta-análises foram conduzidas no intuito de sumarizar quantitativamente os resultados de pesquisas sobre preditores de DPP. Uma delas, realizada em 2001, incluiu 13 fatores de risco significativos (Tabela 3). Dez desses fatores tiveram tamanho de efeito moderado: depressão pré-natal, baixa auto-estima, estresse excessivo nos cuidados com o bebê, ansiedade patológica pré-natal, eventos de vida estressantes nos últimos meses, percepção de baixo suporte social, relação marital conflituosa, história anterior de depressão, bebê percebido como tendo temperamento difícil, e disforia puerperal. Três outros preditores tiveram

significância estatística, mas com tamanho de efeito baixo: estado civil (solteira), estado socioeconômico baixo, e gravidez não planejada e não desejada (Beck 2001).

**Tabela 3: Preditores de depressão pós-parto**

<b>Preditor</b>	<b>Tamanho de efeito</b>
Depressão pré-natal	Médio-alto
Auto-estima baixa	Médio-alto
Estresse no cuidado com o bebê	Médio-alto
Ansiedade patológica pré-natal	Médio-alto
Suporte social	Médio
Insatisfação no casamento	Médio
História de depressão	Médio
Temperamento do bebê	Médio
Eventos de vida estressantes	Médio
Disforia puerperal	Médio-baixo
Estado socioeconômico	Baixo
Estado civil	Baixo
Gravidez não planejada/desejada	Baixo

De acordo com a meta-análise mencionada, os fatores de risco mais fortes foram depressão pré-natal, baixa auto-estima, estresse nos cuidados com o bebê, e ansiedade pré-natal. Os valores de tamanho de efeito desses quatro fatores de risco aproximaram-se do ponto de corte para tamanho de efeito alto. Outro dado importante desse estudo é a observação de que apenas três desses fatores de risco são específicos do período do pós-parto. Isso reforça o juízo de que a intervenção precoce ideal se daria ainda no período de gestação.

Pesquisadores canadenses conduziram outra grande meta-análise recentemente estudando especificamente os fatores pré-natais. Os achados dessa meta-análise com aproximadamente 24.000 participantes mostraram os seguintes fatores como os mais fortes preditores de DPP: depressão durante a gravidez, ansiedade patológica durante a gravidez, ocorrência de evento de vida estressante durante a gravidez, baixo nível de suporte social, e uma história prévia de depressão (Robertson et al 2004).

Algumas evidências sugerem que mães de bebês prematuros e as que tiveram gravidezes múltiplas apresentam taxas de depressão e ansiedade patológica no pós-parto maiores do que aquelas que tiveram partos a termo de bebê único (Leonard 1998). A alta incidência de parto prematuro, privação de sono, isolamento social, e a constante demanda de gêmeos podem contribuir para o aparecimento e agravamento de depressão em mães de múltiplos. O nascimento e a posterior hospitalização de bebês muito prematuros parecem evocar estresse psicológico considerável para as mães. Num estudo com puérperas que tiveram seus bebês antes da 32ª semana de gestação, observou-se que 40% delas apresentaram sintomatologia depressiva significativa de acordo com a EPDS (Davis et al 2003).

Quanto à idade, estudos sugerem que as mães adolescentes encontram-se particularmente em risco. Uma pesquisa conduzida em Portugal comparou escores da EPDS em 54 puérperas adolescentes e 54 puérperas adultas e observou que as adolescentes tinham mais sintomas depressivos. A taxa de EPDS >12 também foi maior entre as adolescentes (26%) quando comparadas às mães adultas (9%) (Figueiredo et al 2007). Num estudo realizado em Recife – PE, 177 puérperas adolescentes foram avaliadas entre a 6ª e a 20ª semanas após o nascimento de seus bebês usando a PDSS e 34% delas tiveram escores acima do ponto de corte (Cantilino et al 2007a). Deve-se levar em consideração, obviamente, que a PDSS é meramente uma escala de rastreamento, ela superestima a prevalência de DPP. Mesmo assim, baseado no estudo de validação da mesma na nossa população, seu valor preditivo positivo é de 75%, o que faz inferir que a taxa real de DPP em adolescentes em Recife pode estar em torno de 26%, ainda uma prevalência preocupante (Cantilino et al 2007b). Esses dados mostram que a depressão pós-parto em adolescente deve ser considerada um sério problema de saúde pública (Barbosa et al 2006).

Pesquisas nessa área mostram que basicamente os mesmos fatores de risco são encontrados em qualquer região do mundo. Porém especificidades regionais devem sempre ser analisadas para que estratégias de intervenções primárias sejam realizadas com sucesso.

### 2.1.2. DIAGNÓSTICO

Apesar de a psicose puerperal ser familiar à maioria dos clínicos desde o final do século XIX, uma atenção menor foi dada a formas mais leves de transtornos no pós-parto. Apenas a partir da década de 50 no século XX começam a aparecer estudos incluindo quadros moderados de distúrbios de humor com número significativo de puérperas (Gordon and Gordon 1959). Outros estudos surgiram na década de 60, sendo o estudo de Brice Pitt considerado importante por descrever a depressão pós-parto como integrante de uma classificação mais ampla dos transtornos depressivos. Na época, reconhecia-se a síndrome da depressão endógena e procurava-se denominar o quadro depressivo puerperal como não endógeno, mas ainda não havia uma designação consensual para esses quadros não endógenos das depressões em geral (Silva et al 1998). Sendo assim, Pitt lança mão da noção de “depressão atípica” e denomina a depressão não psicótica do pós-parto como “depressão atípica do puerpério” (Pitt 1968), provavelmente querendo designar uma “depressão específica do puerpério”.

Ainda hoje, mesmo com inúmeros estudos a respeito dessa depressão que ocorre no pós-parto, há dificuldades quanto à sua nomenclatura e à sua definição. Nas bases de dados, encontramos essa depressão designada como: “depressão pós-parto”, “depressão puerperal”, “depressão pós-natal”, “depressão não psicótica do puerpério”, “depressão perinatal”, “depressão

materna”, dentre outras. A mais crítica dificuldade, no entanto, diz respeito à falta de consenso existente quanto ao período de tempo que nomeamos “pós-parto” ou “puerpério”.

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* define a experiência de pós-parto como sendo as primeiras seis semanas após o nascimento do bebê. Considera-se que esse tempo é o suficiente para haver toda reorganização dos órgãos reprodutivos e da fisiologia materna após a gestação. É realizado um exame físico para verificar a recuperação física e, em essência, para constituir o final da experiência perinatal (Beck and Driscoll 2006).

Um clássico tratado de obstetrícia brasileiro refere que o puerpério ou pós-parto é um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto. Acontecem importantes modificações gerais, que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da gravidez. A relevância e a extensão desses processos são proporcionais ao vulto das transformações gestacionais experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez. Diz também que geralmente completa-se a involução puerperal no prazo de seis semanas, embora seja aceitável dividir o período que se sucede ao parto em: pós-parto imediato (do 1.º ao 10.º dias), pós-parto tardio (do 10.º ao 45.º dias) e pós-parto remoto (além do 45.º dia) (Rezende and Montenegro 2006).

A Associação Psiquiátrica Americana define pós-parto como as quatro primeiras semanas após o nascimento do bebê. Na verdade, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quarta edição e com texto revisado (DSM-IV-TR), não há o diagnóstico de depressão pós-parto (American-Psychiatric-Association 2002). O DSM-IV-TR não distingue os transtornos do humor do pós-parto dos que acontecem em outros períodos, exceto com o especificador “com início no pós-parto”, que é utilizado quando o início dos

sintomas ocorre dentro dessas quatro semanas após o parto. A seguir estão listados os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para “Episódio Depressivo Maior”:

A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas 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:

- (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 do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita 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 auto-recriminação 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 outros).
- (9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas 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 da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos 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 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.

A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial de Saúde (1993), coloca a depressão pós-parto no capítulo denominado *Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos* codificada como F53.0 sob a designação “*Transtornos mentais e de comportamento, leves, associados ao puerpério, não classificados em outros locais*”. Refere-se que esta classificação deve ser usada para o transtorno iniciado dentro de seis semanas após o parto e quando se considera que aspectos clínicos adicionais especiais estão presentes, os quais fazem a classificação em outros locais inapropriada. Desta forma, a depressão no pós-parto só seria codificada neste capítulo se manifestações clínicas peculiares a distinguirem de um episódio depressivo descrito no capítulo dos Transtornos de Humor sob o código F32. Vale ressaltar que, com a codificação F53.0, a depressão pós-parto não se diferencia de qualquer outro acometimento comportamental leve (não psicótico) que ocorra nesse período (Organização-Mundial-de-Saúde 1993).

Pode-se concluir a partir do acima exposto, que a depressão pós-parto ainda não tem lugar assegurado como entidade clínica distinta nos principais sistemas nosográficos atuais. A maioria dos pesquisadores do assunto utiliza o termo depressão pós-parto para designar qualquer episódio depressivo, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê. Contudo também não limitam a quantidade de meses, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano (Beck and Driscoll 2006).

Alguns autores têm buscado características da DPP que consigam dar validade discriminante ao seu diagnóstico em relação à depressão fora do pós-parto. Assim, alguns dados têm surgido no sentido de sugerir que pacientes com depressão pós-parto apresentam mais ansiedade (Ross et al 2003), sintomas obsessivo-compulsivos (Wisner et al 1999), pensamentos

de causar dano à criança (Jennings et al 1999), e menor tempo de fase IV do sono na polissonografia (Godfroid et al 1997).

Pode haver também diferenças quanto à resposta terapêutica. Num estudo que comparou 26 mulheres com depressão pós-parto com 25 mulheres deprimidas, mas fora do puerpério, observou-se que o tempo para se obter resposta ao tratamento era maior nas puérperas. Após três semanas de farmacoterapia, 36% das puérperas haviam respondido, em contraste com 75% das deprimidas fora do pós-parto. Ao final da observação, embora as mulheres com DPP tenham tido a mesma taxa de remissão, com maior frequência necessitaram utilizar mais de um antidepressivo (Hendrick et al 2000).

### 2.1.3. REPERCUSSÕES

Para boa parte dos pesquisadores a maior peculiaridade da depressão nesse período é o seu impacto na função materna, na relação mãe bebê, no desenvolvimento mental e fisiológico da criança, e no contexto familiar. A DPP pode ter efeitos devastadores em quaisquer dessas áreas.

#### 2.1.3.1. Funcionalidade da mãe com depressão pós-parto

Num estudo qualitativo marcante conduzido por Cheryl Beck em 1996, foram exploradas as vivências que mulheres com DPP tinham enquanto cuidavam e interagiam com seus bebês (Beck 1996). Alguns temas emergiam repetitivamente nas entrevistas:

- A depressão pós-parto consome a mãe mentalmente e fisicamente, distanciando-a do seu bebê e privando-os de sentimentos de prazer;

- Sobrecarregada pelas responsabilidades dos cuidados com o bebê, sente-se paralisada e incapaz de lidar com a situação;

- Infestada por hipersensibilidade a estímulos, a mãe não consegue responder às deixas, aos sorrisos e aos sons do bebê;

- Culpa e pensamentos irracionais invadem a mente da mãe durante a sua interação do dia-a-dia com a criança;

- Raiva incontrolável contra a criança surge periodicamente de modo que a mãe teme que possa machucá-la;

- A mãe percebe que a relação com os filhos maiores fica prejudicada em decorrência da chegada do bebê e da depressão;

- Algumas mães, como forma de auto-proteção, erguem uma parede para separarem-se emocionalmente e fisicamente de seus filhos;

- Esforçando-se para minimizar os efeitos negativos da depressão pós-parto no seu bebê, a maioria das mães tenta colocar as necessidades do bebê acima de suas próprias.

Esse padrão de pensamento afeta consideravelmente a funcionalidade da mulher como mãe. No entanto não parece haver apenas dificuldade em realizar as tarefas maternas. Num estudo recente que comparou puérperas deprimidas com puérperas não deprimidas, observou-se que as mulheres com DPP tinham chance 12 vezes menor de atingir seu nível funcional pré-

gravídico. Elas apresentam mais dificuldade nas funções de cuidados com a casa, de cuidados pessoais e de socialização (Posmontier 2008).

A qualidade de vida de mulheres com DPP também fica consideravelmente prejudicada. Recentemente, pesquisadores estudaram uma coorte de 181 mulheres no período perinatal comparando deprimidas e não deprimidas e ressaltaram que a DPP tem uma forte influência negativa na qualidade de vida nas mais variadas dimensões (funcionamento físico, social, mental, saúde geral, etc.). O impacto parece maior quando a mulher é mais jovem e quando o bebê é do gênero masculino (de Tychev et al 2008).

#### 2.1.3.2. Impacto na relação mãe-bebê

As evidências indicando que a DPP afeta negativamente a interação mãe-bebê têm se acumulado na literatura. Já que a mãe freqüentemente constitui o principal ambiente social durante os primeiros meses de desenvolvimento da criança, esses achados constituem particular preocupação. Os bebês são extremamente sensíveis à qualidade de seu meio interpessoal (Beck and Driscoll 2006).

Comparadas às mães não deprimidas, as com DPP interagem significativamente com mais rejeição, e menor firmeza e sensibilidade. Bebês de mães com DPP mostram-se comumente menos atentos e envolvidos do que aqueles de puérperas sem depressão (Murray et al 1996a). A díade mãe deprimida-bebê apresenta menos vocalizações, comunicações visuais, sorrisos, e interações corporais que a díade mãe não deprimida-bebê (Righetti-Veltema et al 2002).

Um dos achados mais interessantes a esse respeito foi do grupo de Tiffany Field, uma das maiores pesquisadoras na área. Observou-se que a menor frequência de atividades e de afetos positivos evidenciados na interação dos bebês com suas mães deprimidas se generaliza na interação dos bebês com outros adultos não deprimidos já aos três meses de idade (Field et al 1988).

Outro aspecto desse relacionamento diz respeito à amamentação, momento de forte interação e intimidade entre a mãe e o bebê. Um estudo brasileiro avaliou a associação entre depressão pós-parto e lactação. Foi uma coorte de 429 bebês acompanhados a partir do 20º dia de nascimento no Rio de Janeiro que observou um risco maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo no 1º e 2º meses após o parto para aquelas crianças cujas mães estavam deprimidas (Hasselmann et al 2008). Quando os sintomas depressivos já são intensos no início do período puerperal parece haver chance ainda maior de suspensão do aleitamento (Hatton et al 2005).

#### 2.1.3.3. Impacto no desenvolvimento da criança

O maior argumento utilizado para justificar a detecção e tratamento precoces da DPP se refere à possibilidade de tentar evitar, além do sofrimento materno, as repercussões negativas sobre o desenvolvimento da criança. Essas repercussões não parecem se limitar aos primeiros meses de vida. Cada vez mais estudos longitudinais são publicados com achados perturbadores de seqüelas a longo prazo.

Bebês frequentemente choram em resposta ao choro de outro bebê numa resposta empática. Num estudo conduzido por Tiffany Field, os pesquisadores queriam observar se bebês de mulheres com DPP apresentavam resposta semelhante. Recém nascidos de puérperas deprimidas e de puérperas não deprimidas foram expostos a sons de choros de outros bebês, e suas sucções e frequências cardíacas eram medidas. Os recém nascidos de mulheres não deprimidas respondiam aos choros de outros bebês com redução das sucções e da frequência cardíaca. Em contraste, os bebês de mulheres deprimidas não apresentavam alteração nas sucções e frequência cardíaca quando da exposição ao choro de outros. Os autores sugeriram que esta diminuição da responsividade poderia ser preditor de atraso no desenvolvimento da empatia (Field et al 2007).

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, foi relatado que, aos 18 meses de vida, filhos masculinos de mulheres que tiveram DPP apresentaram um desempenho mais fraco em escalas de desenvolvimento infantil do que filhos de mulheres que não tiveram DPP. Não houve diferença significativa entre as meninas (Murray et al 1996a). Essa mesma amostra foi seguida até o quinto ano e essas crianças foram re-testadas. Não se observou diferença significativa no desempenho em tarefas cognitivas nessa idade (Murray et al 1996b). Esse último achado, no entanto, foi diferente num outro estudo de seguimento de quatro anos, onde se verificou que filhos masculinos de mulheres que tiveram DPP tinham, aos quatro anos de idade, escores significativamente menores em escalas de habilidades verbais, perceptuais e motoras do que meninas ou crianças de mulheres que não tiveram DPP (Sharp et al 1995).

O desenvolvimento emocional e o comportamento de filhos de mulheres com depressão no puerpério têm sido também examinados. As evidências apontam para uma associação entre DPP e problemas futuros de ajustamento emocional e comportamental nas

crianças. Estudos mostram que pré-escolares cujas mães sofreram de depressão pós-parto se apresentam menos afetuosos e mais ansiosos, além de terem vínculo mais inseguro com as mesmas (Murray et al 1996a; Righetti-Veltema et al 2003).

Crianças em idade escolar de mães que tiveram DPP exibem mais problemas de comportamento quando elas entram na escola. Em dois estudos, professores foram solicitados a preencherem questionários sobre o comportamento das crianças. Num desses estudos, crianças pré-escolares cujas mães tiveram DPP apresentaram escores mais altos em sintomas internalizantes (ansiedade exacerbada e depressão), assim como em sintomas externalizantes (desafiante opositor, agressividade manifesta, e problemas de conduta), do que crianças cujas mães não tiveram depressão no puerpério (Essex et al 2001). No outro estudo, as crianças foram avaliadas prospectivamente por cinco anos. Observou-se que a depressão pós-parto estava associada com níveis aumentados de problemas de comportamento em garotos. Crianças do gênero masculino de mães que tiveram DPP apresentaram significativamente mais hiperatividade e distúrbios comportamentais (Sinclair and Murray 1998). Na Finlândia, sintomas depressivos no pós-parto foram preditores de baixa competência social em crianças de oito a nove anos (Luoma et al 2001).

Um dos mais longos estudos prospectivos sobre o impacto da DPP nas crianças foi conduzido no Reino Unido. Nessa pesquisa, crianças foram acompanhadas durante 11 anos e os dados foram divididos em duas publicações. Numa delas expõe-se que, aos 11 anos de idade, as crianças cujas mães estavam deprimidas no pós-parto tiveram coeficiente de inteligência significativamente mais baixo, mais dificuldade de atenção e de raciocínio matemático, e mais freqüentemente necessitavam de programas de educação especial do que as outras crianças (Hay et al 2001). Na outra publicação, o foco foi nos dados sobre sintomas de agressividade nessas

crianças aos 11 anos. Esses sintomas envolviam engajamento em lutas, com chutes, socos, mordidas, e puxões de cabelos. As lutas freqüentemente resultavam em danos e suspensão da escola. O comportamento agressivo era mais comum em meninos do que em meninas. A análise estatística revelou que o comportamento violento da criança era relacionado à depressão pós-parto mesmo quando foram controlados fatores como depressão materna durante a gravidez e história recente de depressão, e características familiares como classe social e crise financeira (Hay et al 2003). O comportamento agressivo tinha relação também com sintomas de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e dificuldades no manejo da raiva.

#### 2.1.3.4. Impacto na biologia do filho

Pesquisas biológicas estão começando a correlacionar a exposição de crianças a mães deprimidas no pós-parto com níveis elevados de cortisol na adolescência (Halligan et al 2004). Experiências adversas precoces podem alterar a longo prazo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o que tem sido associado a um risco aumentado de depressão. Níveis elevados de cortisol matinal parecem ser preditores de desenvolvimento de transtornos depressivos em adolescentes e em mulheres adultas (Goodyer et al 2000; Harris et al 2000). Admite-se que eventos adversos precoces na vida podem aumentar tanto a secreção basal de glicocorticóides na vida adulta quanto a reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ao estresse.

Para investigar a associação entre exposição da criança a sintomas depressivos do pós-parto e seu nível de cortisol na adolescência um estudo mediu o nível de cortisol salivar em dois grupos de adolescentes: 48 adolescentes cujas mães tiveram depressão pós-parto e 39 adolescentes cujas mães não tiveram DPP. Esses adolescentes de 13 anos de idade eram parte de

um estudo prospectivo, longitudinal sobre o desenvolvimento de crianças de mães com DPP que começou com dois meses de pós-parto (Murray 1992). Os níveis de cortisol salivar são significativamente maiores e mais variáveis em adolescentes de mães que tiveram depressão pós-parto quando comparados aos controles. Como já comentado, esse padrão de nível de cortisol parece ser preditor de depressão maior.

#### 2.1.3.5. Impacto no contexto familiar

A dinâmica familiar tende a ser fortemente alterada com a chegada de um filho. Quando a isso se soma um quadro depressivo materno, a qualidade do relacionamento familiar fica bastante comprometida.

Após o parto, quando comparados a maridos de puérperas não deprimidas, os maridos de puérperas deprimidas relatam mais insatisfação com o casamento, mudanças indesejáveis na rotina familiar e perda de intimidade com suas esposas (Zelkowitz and Milet 1996). Observa-se que a taxa de depressão em parceiros de mulheres com DPP varia de 24% a 50% (Lovestone and Kumar 1993; Zelkowitz and Milet 2001). Um estudo português mostrou que os maiores preditores de depressão nos pais durante o período perinatal parecem ser a depressão materna e uma história pessoal de depressão (Areias et al 1996).

Durante o curso do pós-parto as díades mãe-bebê e esposo-esposa são paulatinamente ajustadas para uma tríade (Condon 2006). A capacidade de o pai desenvolver atitudes positivas para o relacionamento com sua esposa e filho pode ser afetada pela depressão

materna. Tanto mães quanto pais deprimidos tendem a se envolver pouco em atividades como ler, cantar e contar histórias para o filho (Paulson et al 2006).

Os planos familiares reprodutivos do casal também podem ser afetados pela DPP. Num inquérito de 268 mulheres que experimentaram transtorno do humor no pós-parto, observou-se que 32% delas mudaram seus planos reprodutivos e decidiram não ter mais filhos. As razões dadas para as alterações nos planos familiares foram: medo de recorrência, efeitos negativos sobre a família, custos do tratamento e gravidade do episódio manifesto como tentativa de suicídio ou infanticídio, hospitalização, e prescrição de medicações (Peindl et al 1995).

#### 2.1.4. TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento da depressão pós-parto são diminuir a intensidade dos sintomas e aliviar o sofrimento materno, prevenindo assim as complicações e seqüelas relacionadas a esse transtorno. O tratamento precoce acaba sendo um dos principais focos para que problemas futuros sejam evitados. Para essa terapêutica pode-se contar tanto com um arsenal farmacológico como também com estratégias não-farmacológicas, como grupos de suporte, programas de visitação com agentes de saúde, psicoterapia, massoterapia e eletroconvulsoterapia (ECT) (Beck and Driscoll 2006).

##### 2.1.4.1. Intervenções não farmacológicas

Grupos de suporte para mulheres no pós-parto constituem-se numa modalidade terapêutica há muito tempo usada em DPP. No Canadá, dois psicólogos montaram um programa de suporte em grupo para seis a oito mães juntamente com os seus bebês com cerca de seis a oito

semanas após o parto (Fleming et al 1992). O grupo se encontrava semanalmente por duas horas durante oito semanas. O objetivo principal do grupo era dar às puérperas a oportunidade de entrarem em contato com outras mulheres que estavam tendo experiências similares para dividirem problemas e discutirem soluções. Tópicos diferentes eram enfatizados em cada semana. Esses tópicos seguiam uma seqüência: a experiência durante a gravidez e o parto, a experiência das primeiras semanas de pós-parto, sentimentos acerca da maternidade, informações sobre como massagear o bebê e o seu desenvolvimento psicomotor, preocupações concernentes às mudanças no relacionamento com o companheiro, e sentimentos sobre o retorno ao trabalho. Esse estudo, contudo, não foi realizado com puérperas deprimidas. Em Taiwan, foi conduzido um estudo controlado com o mesmo princípio do acima exposto para tratamento de DPP. Esse trabalho mostrou uma queda significativa nos escores da escala para depressão no grupo das puérperas que tinha passado pelo tratamento (Chen et al 2000).

Visitas de agentes de saúde a mulheres deprimidas também têm sido testadas como possível modalidade terapêutica. Um estudo britânico avaliou 62 puérperas deprimidas que haviam sido visitadas semanalmente por seis a oito semanas. Durante as suas visitas, os agentes de saúde estimulavam as mulheres com DPP a falarem sobre os seus sentimentos numa abordagem de escuta não diretiva. Oitenta por cento das mulheres tiveram pelo menos alguma redução nos escores da EPDS, contudo não havia grupo controle (Cullinan 1991). Outro estudo comparou puérperas deprimidas que receberam visitas de aconselhamento de uma enfermeira com um grupo que não recebeu. Oitenta por cento das deprimidas que receberam as visitas tiveram melhora dos sintomas após seis semanas, enquanto que apenas 25% das puérperas no grupo controle tiveram redução significativa da sintomatologia (Wickberg and Hwang 1996).

Basicamente duas linhas de psicoterapia tiveram avaliações mais bem sistematizadas na DPP: a terapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental. A psicoterapia interpessoal (TIP) baseia-se na crença de que mães que experimentam rupturas sociais apresentam vulnerabilidade maior para desenvolverem depressão pós-parto. A TIP ajuda mulheres a melhorarem seus relacionamentos e a mudarem suas expectativas em relação aos mesmos. Pode tratar puérperas deprimidas em quatro áreas diferentes de problemas interpessoais: transições de papéis, disputas interpessoais, mágoas e déficits interpessoais. Após uma avaliação inicial, a mãe e o terapeuta decidem qual área em particular será priorizada e iniciam por ela. A TIP geralmente é uma terapia de curto-prazo (Stuart and O'Hara 1995). Num estudo controlado conduzido no ano 2000, mulheres com DPP passaram por um tratamento com 12 sessões de TIP e foram comparadas a puérperas deprimidas em lista de espera para tratamento. Áreas problemáticas comuns que apareceram nas discussões foram conflitos com seus parceiros ou com membros da família e a perda de relacionamentos sociais e de trabalho. As mulheres tratadas com TIP tiveram redução significativa nos escores de depressão em todas as escalas utilizadas no estudo quando comparadas às do grupo controle, além de conseguirem melhor ajustamento social (O'Hara et al 2000). Por ser uma linha de terapia pragmática, específica, focada em problemas, de curto-prazo e altamente eficaz, a TIP tem sido apontada como uma das terapêuticas de primeira linha para DPP em serviços de atenção primária (Grigoriadis and Ravitz 2007).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) também tem sido bastante avaliada em DPP. Em 1997 foi publicado o primeiro grande estudo nesse sentido. Oitenta e sete puérperas deprimidas foram separadas em quatro grupos que receberam: placebo, fluoxetina, TCC juntamente com placebo, e TCC juntamente com fluoxetina. Observou-se que os grupos usando

fluoxetina, TCC e fluoxetina juntamente com TCC foram todos superiores ao que recebeu apenas placebo. Contudo nenhum desses três grupos foi superior entre si (Appleby et al 1997). Sugere-se, assim, que a TCC pode ser tão eficaz quanto o antidepressivo, mas que a junção dos dois não oferece vantagem estatisticamente significativa. Foi isso que mostrou também outro estudo canadense, desta vez usando a paroxetina (Misri et al 2004). A TCC também parece ser eficaz na prevenção de DPP quando aplicada em grávidas com sintomatologia depressiva mais exuberante (Cho et al 2008).

Um estudo americano comparou um grupo de 16 adolescentes com DPP que fizeram terapia com massagem com outro grupo de 16 adolescentes com DPP em tratamento com terapia de relaxamento. Cada um dos grupos foi exposto a dez sessões de 30 minutos ao longo de cinco semanas de sua terapia correspondente. Apesar de ambos os grupos relatarem melhora nos níveis de ansiedade, apenas o grupo de massoterapia mostrou diminuição do comportamento ansioso, da frequência cardíaca e do cortisol salivar e urinário (Field et al 1996).

A eletroconvulsoterapia tem sido indicada para puérperas com quadros mais graves ou refratários às outras intervenções (farmacológicas ou não farmacológicas). Sugere-se a ECT sobretudo para os casos que exijam resolução mais rápida, como pacientes em risco de suicídio ou de causar dano ao bebê, e para aquelas com clínica de estupor (Forray and Ostroff 2007).

#### 2.1.4.2. Intervenções farmacológicas

Embora muito se estude sobre peculiaridades epidemiológicas, etiológicas e clínicas do transtorno depressivo no puerpério, o estudo específico relacionado ao tratamento farmacológico da DPP não é tão extenso.

Um trabalho americano clássico publicado em 2000 sugeriu fortemente que a depressão pós-parto pode aparecer em decorrência de variações abruptas dos níveis plasmáticos de esteróides gonadais. O estudo simulou as condições hormonais relacionadas à gravidez e ao puerpério em um grupo de mulheres eutímicas com antecedentes pessoais de depressão pós-parto e outro grupo de eutímicas sem tais antecedentes. Dezesesseis voluntárias participaram do estudo (oito com história de depressão pós-parto e oito controles). Os níveis suprafisiológicos de esteróides gonadais da gravidez e a retirada desses altos níveis para um estado de hipogonadismo foram simulados em cada uma delas. Para isso, inicialmente foi utilizado um agonista do liberador de gonadotrofina juntamente com doses suprafisiológicas de estradiol e progesterona por oito semanas, e então se fez a abrupta retirada de ambos os esteróides. Os resultados foram medidos por escalas padronizadas. Cinco das oito mulheres com história de depressão pós-parto e nenhuma dentre as oito sem esse histórico desenvolveram sintomas do humor significativos logo após o período de retirada. Estes dados forneceram forte evidência para sugerir o envolvimento dos hormônios reprodutivos no desenvolvimento de depressão pós-parto em mulheres sensíveis aos efeitos desestabilizadores do humor desses esteróides (Bloch et al 2000).

A partir disso, pôde-se aludir que o tratamento com esteróides gonadais seria útil para casos de DPP. Numa recente metanálise, observou-se que a administração de progestágenos sintéticos nas primeiras 48 horas após o parto está significativamente relacionada com aumento

do risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Por outro lado, a terapia com estrogênios está associada a uma melhora consideravelmente maior dos sintomas quando comparada a placebo em casos de DPP grave (Dennis et al 2008). O uso de 17-beta-estradiol sublingual parece reduzir rapidamente os sintomas depressivos no pós-parto (Ahokas et al 2001). Num estudo duplo-cego e controlado com placebo com mulheres deprimidas desde o 3º mês de pós-parto e que se mantinham deprimidas até o 18º mês, observou-se que tratamento com 17-beta-estradiol transdérmico foi eficaz e rápido no alívio dos sintomas depressivos (Gregoire et al 1996).

Apesar das evidências com terapias hormonais, o uso de antidepressivo ainda se mostra o tratamento farmacológico de primeira linha para DPP. Admite-se que qualquer antidepressivo pode ser utilizado para o tratamento da depressão puerperal. Poucos estudos controlados foram conduzidos especificamente nesse período de vida da mulher. Dois deles, citados anteriormente, mostraram a eficácia de fluoxetina e paroxetina quando comparadas a placebo (Appleby et al 1997; Misri et al 2004). Apesar de haver uma sugestão de que a DPP seria mais bem tratada com agentes serotoninérgicos por ter um componente ansioso mais pronunciado, um estudo que comparou sertralina com a nortriptilina não mostrou diferença significativa quanto às taxas de resposta e remissão, nem quanto ao tempo para alcançá-las (Wisner et al 2006).

Uma preocupação a mais durante esse período diz respeito ao tratamento de mulheres que estejam amamentando. O clínico deve estar atento e atualizado quanto aos estudos referentes a possíveis efeitos adversos aos recém-nascidos e a eventuais alterações comportamentais a longo prazo secundárias à exposição aos antidepressivos durante a lactação. Alguns estudos sugerem que sertralina, paroxetina e nortriptilina parecem ser seguras durante a

lactação, já que não há relatos de eventos adversos significativos nem níveis plasmáticos detectáveis nos recém-nascidos expostos (Field 2008). Talvez por ter mais estudos testando sua segurança, a sertralina foi citada numa enquete por 97% dos pesquisadores em Saúde Mental da Mulher como medicação de primeira linha para uso em lactantes deprimidas (Altshuler et al 2001). Vale frisar que nenhum antidepressivo é contra-indicado para uso na lactação. Deve-se ficar alerta aos eventos adversos nos neonatos, além de ter o cuidado de programar o horário de administração da medicação à mãe, evitando que o período de concentração máxima no sangue e no leite materno coincida com o horário da amamentação. Em situações onde a programação de posologia seja flexível, a mãe pode ser orientada a tomar o remédio imediatamente antes ou depois da amamentação (Cantilino and Sougey 2006).

## **2.2. PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS**

### **2.2.1. CONCEITO**

De acordo com a terapia cognitiva, mesmo eventos corriqueiros, como esquecer um encontro, podem fazer com que o indivíduo sinta-se excessivamente triste e ansioso. Isso ocorre quando são geradas interpretações negativas injustificadas sobre o evento, como por exemplo, “Isso só acontece comigo, eu me esqueço de tudo” ou “Eu estraguei tudo, eles nunca vão querer me encontrar de novo”. Avaliações muito negativas tipicamente fazem o evento parecer pior do que ele realmente é. Assim, elas refletem suposições e conclusões sem acurácia que podem ser classificadas como falácias cognitivas (Wiemer-Hastings et al 2004).

As interpretações que são feitas dos eventos influenciam o humor, as reações físicas e o comportamento do indivíduo; e podem levar a transtornos afetivos diversos quando distorcidas. Esses pensamentos negativos que levam a déficits no adequado funcionamento do indivíduo são freqüentemente chamados de “pensamentos disfuncionais” ou de “distorções cognitivas”. Os pensamentos disfuncionais na depressão são geralmente percepções negativas expressas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro (Beck et al 1979; Blackburn and Eunson 1989).

### 2.2.2. RELAÇÃO COM DEPRESSÃO

Pensamentos disfuncionais também ocorrem em populações não clínicas, contudo são menos freqüentes e também qualitativamente diferentes daqueles encontrados em pacientes deprimidos (Kumari and Blackburn 1992). Segundo Aaron Beck, considerado o sistematizador da terapia cognitiva, em pessoas com transtornos afetivos, os pensamentos disfuncionais assumem padrões de interpretações distorcidos e generalizados, mas são tidos pelos indivíduos como precisos e acurados. Além disso, aparecem involuntariamente e logo a seguir ao evento eliciador, sendo assim também chamados de “pensamentos automáticos disfuncionais” (Beck 1967). Pesquisas mostram uma significativa relação entre a freqüência desse tipo de pensamento com maior gravidade dos sintomas clínicos (Fennell and Campbell 1984).

De acordo com a teoria cognitiva da depressão, esquemas cognitivos mal-adaptados são fatores de risco para depressão (Alloy et al 1999; Beck et al 1979). Esses esquemas, que atuam como filtros de percepção de eventos externos, estão tipicamente representados como pensamentos disfuncionais caracterizados por temas de fracasso e

inadequação pessoal, além de sentimentos de desesperança quanto a si mesmo, ao mundo e ao futuro.

Ainda existe controvérsia quanto a se esses pensamentos disfuncionais refletem um estilo persistente de cognição que leva o indivíduo a se deprimir, ou se são meramente uma característica do pensar durante a depressão (Church et al 2005; Farmer et al 2001). De qualquer modo, a literatura tem mostrado uma correlação positiva entre padrões de pensamento negativo e depressão (Reilly-Harrington et al 1999). Além disso, evidências de ensaios controlados demonstram que abordagens terapêuticas que focam essas cognições negativas reduzem significativamente a sintomatologia depressiva (Gloaguen et al 1998).

### 2.2.3. RELAÇÃO COM O PÓS-PARTO

A transição para a maternidade é marcada por uma gama de mudanças psicológicas e sociais. Algumas dessas mudanças podem ser experimentadas como perdas; como por exemplo, alguns relacionamentos sociais, atividades, e papéis têm que ser renunciados quando a prioridade se torna os cuidados com o bebê (Barclay and Lloyd 1996). Esses fatores podem levar as mulheres a sentirem-se entristecidas. Todavia, as expectativas relacionadas à maternidade estão usualmente associadas à felicidade; assim, a discussão sobre aspectos negativos desse período é geralmente evitada. As mulheres podem resistir em expor seus pensamentos negativos devido ao medo de serem consideradas doentes mentais ou serem avaliadas como mães inadequadas (McIntosh 1993).

Um dos poucos estudos quantitativos que examinou pensamentos e sentimentos da mulher após o nascimento do bebê comparou os pensamentos de puérperas deprimidas com o de puérperas sem depressão (Jennings et al 1999). Os autores encontraram ocorrência de

pensamentos negativos bastante intensos (como pensamentos de machucar o filho) em 7% das puérperas sem depressão e em 41% daquelas deprimidas. Eram muito freqüentes o medo de ficarem sozinhas com os seus bebês e o sentimento de que não eram capazes de cuidar deles.

Os psicólogos Pauline Hall e Costas Papageorgiou, a partir de um estudo inicial qualitativo entrevistando mulheres com depressão pós-parto, identificaram 54 pensamentos que freqüentemente apareciam nessa população (Tabela 4). De posse desse material, acabaram por aplicar uma versão preliminar de um questionário que denominaram *Postpartum Negative Thoughts Questionnaire* num grupo de 181 puérperas. O estudo teve como objetivo averiguar quais daqueles itens iniciais seriam mais relevantes para a validação de uma escala menor que pudesse também ter um bom grau de consistência interna (Hall and Papageorgiou 2005).

Dezessete itens restaram no *Postpartum Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ) após tratamento estatístico e análise fatorial. Coeficientes de correlação foram calculados para cada variável e os itens com correlação não significativa ou com intercorrelações relativas altas foram excluídos. Os itens restantes pareciam se agrupar em duas dimensões que foram posteriormente denominadas “Apreciação das cognições, das emoções e da situação” e “Pensamentos negativos associados ao bebê e à maternidade” (Tabela 5) (Hall and Papageorgiou 2005).

**Tabela 4: Itens da versão preliminar do “Postnatal Negative Thoughts Questionnaire”**

---

<b>No.</b>	<b>Item</b>
1	Todo mundo pensa que eu sou uma estúpida
2	Eu não confio em mim com o bebê
3	Eu não consigo mais ter uma conversa adulta
4	Ter um bebê não é tão fantástico quanto o que eu esperava
5	Estou sem saída
6	Eu não deveria estar me sentindo desse jeito
7	Se alguma coisa der errado com o meu bebê, a culpa vai ser minha
8	Meu bebê pode morrer
9	As pessoas deviam me dizer o que fazer
10	Eu não quero ficar sozinha com o meu bebê
11	Eu não deveria ter pensado em ter o bebê
12	É impossível explicar como estou me sentindo
13	As pessoas estão tentando tomar de mim os cuidados com o bebê
14	Se alguma coisa ruim acontecer com o meu bebê, vai ser minha culpa
15	Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê
16	Não é normal pensar do jeito que eu penso
17	Minha situação está completamente fora de controle
18	As pessoas me criticam como mãe
19	Eu não consigo dar conta do meu bebê
20	Meu bebê não está seguro nesse mundo
21	Eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o meu bebê
22	As pessoas me avaliam negativamente como mãe
23	As coisas nunca vão melhorar
24	Estou fazendo meu bebê ficar ressentido comigo
25	Como uma mãe, tudo tem que ser perfeito
26	Ter um bebê arruinou minha vida
27	Eu não confio em ninguém com o meu bebê
28	Estou ficando louca
29	Ninguém me entende
30	Eu acho que posso realmente machucar minha criança
31	Tudo na minha vida deve girar em torno do meu bebê
32	Nada está certo na minha vida como mãe
33	Eu sou uma mãe ruim
34	Eu sou a responsável pelo meu bebê e só eu devo cuidar dele
35	As pessoas acham que eu posso abusar sexualmente da minha criança
36	Eu me questiono se eu realmente amo minha criança
37	Eu posso causar problemas emocionais para a criança
38	Eu não consigo cuidar do meu bebê
39	Alguém na minha família vai morrer
40	Meu bebê não é normal
41	O mundo não me aceita como mãe
42	Deve haver alguma coisa errada comigo
43	Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que eu estou louca
44	Eu sou uma inútil como mãe
45	Meus pensamentos negativos são incontroláveis
46	Minha família teria uma vida melhor sem mim
47	Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, conseqüências sérias poderiam acontecer
48	Eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o meu bebê
49	Eu sou um fracasso como mãe
50	Pensamentos/imagens sexuais perturbadores sobre o meu bebê aparecem na minha cabeça
51	Eu posso me matar ou me machucar
52	É chato ficar com o meu bebê
53	Eu não consigo ficar feliz quando estou com o meu bebê
54	Eu tenho que mostrar para todo o mundo que eu estou dando conta

---

Tabela 5: Dimensões do "Postnatal Negative Thoughts Questionnaire"

Dimensão	Itens
1	Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, conseqüências sérias poderiam acontecer Meus pensamentos negativos são incontroláveis Eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre meu bebê Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca É impossível explicar como estou me sentindo Não é normal pensar do jeito que eu penso Minha situação está completamente fora de controle Deve haver alguma coisa errada comigo As coisas nunca vão melhorar
2	É chato ficar com o meu bebê Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê Eu não quero ficar sozinha com o meu bebê Estou presa nessa situação com o meu bebê Eu não consigo cuidar do meu bebê Eu não deveria ter pensado em ter o bebê Eu posso causar problemas emocionais para a criança Eu sou uma mãe ruim

Num estudo mais recente, Pauline Hall aplicou o questionário em puérperas sem depressão e acabou por encontrar uma freqüência alta de relato de alguns desses pensamentos nessas mulheres (Hall and Wittkowski 2006). Por exemplo, “Estou presa nessa situação com o meu bebê” foi relatado por 37,6%; “É chato ficar com o meu bebê” por 32,3%; “Eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o bebê” por 23,9% delas. A pesquisadora sugere que existe um continuum de experiências normais no qual alguns pensamentos negativos, que são atribuídos a mulheres com DPP, na verdade sejam “normais” no puerpério. Parece cômico, mas agora resta saber se as puéperas com depressão apresentam mais freqüentemente pensamentos característicos de depressão pós-parto do que puérperas sem depressão. E se isso for verdade, quais pensamentos são mais especificamente relacionados a este transtorno, podendo assim servir como elementos discriminatórios entre uma experiência normal e uma patológica.

### **2.3. TRANSTORNOS ANSIOSOS NO PÓS-PARTO**

O período perinatal é vivenciado pela maioria das mulheres como uma época de júbilo. Mesmo assim, níveis moderados de ansiedade são comuns e esperados durante a gravidez e o pós-parto. No entanto algumas mulheres experimentam ansiedade numa intensidade suficiente para causar significativo sofrimento e déficits funcionais.

Um estudo recente que usou uma amostra de comunidade de 147 puérperas com aproximadamente oito semanas de pós-parto mostrou que os tipos mais comuns de problemas de ansiedade no pós-parto, clínicos ou sub-clínicos, são transtorno de ansiedade generalizada (19,7%) e fobia social (15,0%). Cerca de metade das mulheres que preenchiam critérios para transtornos de ansiedade relataram início dos sintomas durante o pós-parto. Além disso, observou que as taxas de transtornos de ansiedade foram maiores do que as de DPP. Nível socioeconômico baixo e qualidade de relacionamentos fraca foram preditivos de sintomas ansiosos mais intensos (Wenzel et al 2005). Outro estudo epidemiológico com 1024 puérperas encontrou taxa de 11,1% de transtornos de ansiedade e de 6,1% de depressão pós-parto (Reck et al 2008). Esses estudos sugerem que os transtornos ansiosos no pós-parto merecem pesquisas mais sistemáticas e requerem programas especializados para sua prevenção e tratamento, já que são clinicamente relevantes e muito prevalentes.

Dentre os transtornos de ansiedade que podem ocorrer no puerpério os mais comumente encontrados na literatura são o transtorno do pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de estresse pós-traumático.

### 2.3.1. TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA

O transtorno do pânico é diagnosticado quando o indivíduo experimenta recorrentes e inesperados ataques de pânico caracterizados por intensa sensação de medo e desencadeamento abrupto de sintomas físicos. Esses sintomas físicos incluem dor torácica, dispnéia, tremores de extremidades, sensação de desmaio iminente, náusea e tontura, dentre outros. Durante o ataque o indivíduo muitas vezes tem medo intenso de morrer ou de perder o controle sobre si mesmo. A partir dessas crises de pânico, o indivíduo passa a ter ansiedade antecipatória em relação à possibilidade de vir a ter novos ataques, e freqüentemente busca solução para o problema com diferentes médicos das mais variadas especialidades que não conseguem encontrar doença física que explique os sintomas (American-Psychiatric-Association 2002).

Alguns pacientes passam a desenvolver um comportamento de evitação em razão dos ataques que se convencionou chamar de agorafobia. A ansiedade tipicamente leva à esquiva global de uma variedade de situações que podem incluir: estar sozinho fora de casa; estar em meio a uma multidão; estar em um automóvel, um ônibus ou um avião; ou estar numa ponte ou num elevador. Alguns indivíduos são capazes de se expor às situações temidas, mas enfrentam essa experiência com considerável sofrimento. Eventualmente conseguem enfrentar a situação temida acompanhados por alguém de sua confiança (American-Psychiatric-Association 2002). Durante o pós-parto, a agorafobia não tem sido metodicamente estudada.

Ao longo da gravidez, o curso do transtorno do pânico é variável, com alguns autores sugerindo uma diminuição dos seus sintomas enquanto outros relatam que não há modificação (Bandelow et al 2006). Durante o pós-parto, no entanto, não parece haver dúvida de

que ocorre exacerbação dos sintomas do transtorno preexistente e também alta taxa de aparecimento dos sintomas pela primeira vez (Cohen et al 1994; Metz et al 1988). Num estudo com a participação de 64 mulheres portadoras de transtorno do pânico, verificou-se que 10,9% delas tiveram o início da sintomatologia nas primeiras 12 semanas de pós-parto. Essa taxa é consideravelmente maior do que a esperada para um período outro qualquer de 12 semanas, cerca de 0,92% (Sholomskas et al 1993). Admite-se que a maior emergência de crises de pânico durante o puerpério não seja simplesmente uma coincidência.

Entre mulheres com história de transtorno do pânico anterior à gravidez, aumento significativo da gravidade ou da frequência dos ataques durante o pós-parto parece ser um achado consistente, isso tende a ocorrer em cerca de 31% a 63% dessas mulheres (Cohen et al 1994; Northcott and Stein 1994). Num trabalho conduzido por Katherine Wisner, observou-se que a exacerbação de sintomas nesse período ocorre comumente mesmo naquelas mulheres que ficam livres de sintomas durante a gravidez. Esse mesmo estudo mostrou que algumas mulheres parecem já apresentarem certo aumento sintomatológico no final da gravidez. Uma vez que alterações fisiológicas associadas à gestação podem resultar em ocasionais taquicardias, sudorese, tonturas, e encurtamento da capacidade para inspirar, elas podem interpretar esses sintomas de maneira catastrófica e terem crises de pânico completas ou incompletas (Wisner et al 1996).

### 2.3.2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

A característica essencial do transtorno de ansiedade social, ou fobia social, é um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo

poderia sentir vergonha. A exposição à situação social provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que algumas vezes pode assumir a forma de um ataque de pânico. O indivíduo reconhece que esse medo é excessivo. Geralmente há tentativa de evitar as situações temidas, ou elas são suportadas com grande sofrimento. O medo ou a ansiedade antecipatória quando se deparam com a situação social ou de desempenho interferem significativamente na rotina diária, no funcionamento ocupacional ou na vida social do indivíduo (American-Psychiatric-Association 2002).

Durante o puerpério, as mulheres habitualmente têm que lidar com um aumento de contatos sociais. Profissionais de saúde diversos, familiares do parceiro e pessoas presentes em sua residência para ajudarem nos cuidados com o bebê são algumas das exposições que podem levar as mulheres a ficarem embaraçadas e temerosas de críticas. A fobia social no período perinatal foi pouco estudada. Um estudo de prevalência de ponto na oitava semana de pós-parto estimou a taxa de fobia social entre 4,1% e 15,0% a depender do critério utilizado (Wenzel et al 2005).

### 2.3.3. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) envolve obsessões ou compulsões recorrentes e suficientemente graves a ponto de consumirem tempo significativo ou de causarem sofrimento e prejuízo consideráveis. As obsessões são pensamentos, idéias, imagens, dúvidas, ou impulsos persistentes, que são experimentados como intrusivos e inadequados. As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade, em vez de oferecer prazer ou gratificação. Na maioria dos casos a pessoa se sente compelida a

executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum evento ou situação temidos (American-Psychiatric-Association 2002).

Um número crescente de publicações tem sugerido que o período perinatal é uma fase de risco aumentado para o desencadeamento ou agravamento de sintomas do TOC (Abramowitz et al 2003). Cerca de 29% das mulheres com TOC referem exacerbação dos sintomas no puerpério (Williams and Koran 1997). Apesar de alguns estudos indicarem que aproximadamente metade das mulheres pode experimentar intrusões obsessivas subclínicas no pós-parto, a prevalência do TOC no puerpério foi pouco pesquisada (Abramowitz et al 2006). Um estudo recente estimou a sua incidência em 4% (Uguz et al 2007).

A causa do TOC ainda é desconhecida. Propõe-se que haja uma disfunção serotoninérgica (Barr et al 1993). Pouco se sabe sobre o TOC desencadeado no puerpério. Sugere-se que, devido à rápida queda de estrógenos e progestágenos ocorrida no puerpério, haja uma desregulação serotoninérgica levando ao aparecimento de algum transtorno afetivo a que a mulher esteja mais predisposta (Sichel et al 1993b). Sabe-se que aproximadamente 50% das mulheres com TOC tem aumento na intensidade dos seus sintomas no período pré-menstrual, fase em que também há considerável variação nos níveis hormonais (Vulink et al 2006). Mulheres que tiveram início de TOC no pós-parto parecem apresentar risco maior de ter exacerbação dos sintomas nas futuras fases pré-menstruais (Labad et al 2005). Outra hipótese etiológica envolve o rápido aumento dos níveis plasmáticos de ocitocina no final da gravidez e no início do pós-parto. A ocitocina parece ter um papel na patogênese de pensamentos ou imagens recorrentes e indesejados de conteúdo sexual que aparecem em mulheres com TOC e que não estão grávidas (McDougle et al 1999).

Eventos de vida estressantes, especialmente relacionados à gravidez e ao parto, têm sido examinados como desencadeadores do TOC no puerpério. Contudo os resultados nesse sentido ainda não são esclarecedores, exceto para uma possível associação entre TOC no puerpério e complicações obstétricas (Maina et al 1999).

Numa descrição de 15 casos de mulheres com TOC desencadeado no puerpério, observou-se que os sintomas mais frequentes foram obsessão de causar dano ao bebê, ansiedade generalizada intensa e comprometimento significativo da relação mãe-filho (Sichel et al 1993a). Os sintomas eram limitados a pensamentos obsessivos, não havia rituais compulsivos. Todas as mães experimentavam em algum grau uma necessidade de evitar estarem com os bebês por medo de machucá-los. Nenhuma das mães chegou a atuar de acordo com esses pensamentos e nenhuma delas tinha sintomas psicóticos. Pesquisadores parecem estimulados a estudar características diferentes na apresentação clínica e tratamento do TOC desencadeado no pós-parto comparado ao TOC sem esta relação, mas os achados ainda são modestos (Brandes et al 2004). Um estudo mostrou que obsessões de agressividade eram significativamente mais comuns em mulheres com TOC com início no pós-parto. Além disso, observou que os transtornos de personalidade evitativo e anancástico eram mais preditores de TOC no pós-parto (Uguz et al 2007).

Autores frisam que é muito importante fazer a distinção entre TOC no pós-parto e psicose puerperal (Abranowitz et al 2006). Ambas as situações clínicas envolvem idéias de causar dano ao bebê, contudo o fenômeno obsessivo é distinto do sintoma psicótico. Primeiro, alucinações (p. ex., “Eu estou vendo fumaça e fogo saindo dos ouvidos e das narinas do nenê”) e delírios (p. ex., “O demônio está lá fora para pegar o nenê”), que caracterizam psicose, não são observados no TOC. Segundo, a psicose puerperal usualmente inclui outras características que

são tipicamente psicóticas, como confusão mental, labilidade afetiva, agitação, e comportamentos bizarros. E o mais importante, a ideação agressiva na psicose é congruente com o pensamento delirante, é ego-sintônica, não há medos ou rituais para evitar a agressão. A psicose puerperal está associada com risco aumentado de comportamento agressivo.

Obsessões no pós-parto, mesmo aquelas de conteúdo violento (p. ex. pensar em jogar o bebê pela varanda, ímpetos de queimar o bebê no forno), não estão associadas a um risco aumentado de comportamento agressivo. Esses pensamentos obsessivos são experimentados como sem sentido, indesejáveis e inconsistentes com a personalidade da pessoa e com o seu comportamento, são ego-distônicos. A mulher com sintomas obsessivos reconhece que os pensamentos são contrários ao seu julgamento e se mostra temerosa de engajar-se nesses comportamentos inaceitáveis. Teme, inclusive, pensar sobre isso. Essas características contrastam com aquelas do pensamento delirante, onde a pessoa aceita o delírio como verdade (Abranowitz et al 2006).

#### 2.3.4. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição pessoal a um estressor traumático externo. Essa experiência envolve ter vivenciado ou testemunhado evento em que tenha acontecido (ou tenha havido ameaça de acontecer) morte ou ferimento grave ou mesmo ameaça à integridade física. A resposta ao evento deve envolver medo intenso, sentimento de impotência ou horror. Caracteristicamente aparecem, então, sintomas de revivência persistente do evento traumático, esquiva de estímulos associados com o trauma, embotamento da responsividade

geral, e excitação aumentada. O quadro sintomatológico completo dura mais do que um mês e a perturbação causa sofrimento ou prejuízos significativos (American-Psychiatric-Association 2002).

Os eventos traumáticos vivenciados diretamente incluem, mas não se limitam a, combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual, assalto à mão armada, roubo), seqüestro, ser tomado como refém, torturas, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes automobilísticos graves, ou receber diagnóstico de uma doença que traz risco à vida (American-Psychiatric-Association 2002). Num estudo fenomenológico conduzido por Cheryl Beck, quarenta puérperas com TEPT foram avaliadas no sentido de se verificar quais elementos relacionados ao periparto poderiam eventualmente ser vivenciados como traumáticos (Beck 2004). Abaixo estão listados alguns dos eventos identificados por essas mulheres como traumas do periparto:

- Feto morto ou morte do recém-nascido;
- Sofrimento fetal agudo com parto cesariano de emergência;
- Recém-nascido com anomalias congênitas;
- Fórceps e fraturas do crânio;
- Separação do recém-nascido que precisa ficar em Unidade de Terapia Intensiva;
- Experiência humilhante;
- Cuidado médico inadequado;
- Dor excessiva e prolongada durante o trabalho de parto;
- Hemorragia grave.

A prevalência relatada de TEPT causada por eventos do periparto varia de 1,5% a 5,6%, sendo a percepção de cuidados médicos inadequados juntamente com muitos procedimentos obstétricos realizados na hora do parto relatados mais frequentemente como desencadeadores (Ayers and Pickering 2001; Creedy et al 2000). O pico de prevalência parece ocorrer na sexta semana de pós-parto, havendo uma diminuição das taxas ao longo dos cinco meses seguintes (Ayers and Pickering 2001).

Os casos de TEPT no pós-parto obviamente não se devem exclusivamente a eventos relacionados ao periparto. Um estudo recente com puérperas pesquisou outros eventos de vida além dos eventos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério e observou que os primeiros pareciam ainda mais frequentemente relacionados aos sintomas (Cohen et al 2004). De qualquer modo, o TEPT no pós-parto pode afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê (Reynolds 1997). Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores.

#### 2.3.5. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é a presença persistente de ansiedade ou preocupações excessivas ocorrendo quase todos os dias por um período de pelo menos seis meses. As preocupações envolvem diversos eventos e atividades de vida. O indivíduo acha difícil controlar as preocupações. A ansiedade se acompanha de sintomas como inquietação, fadigabilidade, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Os indivíduos relatam sofrimento significativo e impacto dos

sintomas no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes (American-Psychiatric-Association 2002).

O período perinatal traz alterações como distúrbios do sono e dores musculares que podem ser confundidos com sintomas do TAG. Contudo também é uma época com um número significativo de estressores psicossociais, tais como mudanças de papel, preocupações com a saúde do neonato e problemas financeiros. Enquanto a maioria das mulheres conseguem lidar razoavelmente bem com esses estressores e acabam sendo capazes de distraírem-se dessas preocupações, as mulheres que sofrem com o TAG têm grande dificuldade em controlar sua ansiedade, gastando, assim, tempo e recursos psicológicos significativos com essas preocupações (Abranowitz et al 2006).

Poucos estudos examinaram o TAG no pós-parto. Nos Estados Unidos, uma pesquisa com apenas 68 puérperas mostrou uma taxa de 4,4% (Wenzel et al 2003). Outro estudo do mesmo grupo, desta vez com 147 mulheres examinadas, encontrou prevalência de 8,2% (Wenzel et al 2005). Parte considerável desses casos pode ser desencadeada especificamente no pós-parto. Um estudo australiano conduzido com 408 puérperas encontrou incidência de 1,9% a 3,1% nesse período (Matthey et al 2003). Sugere-se, inclusive, que eventualmente pode haver uma prevalência maior de TAG em puérperas do que na população geral (Ross and McLean 2006).

### 2.3.6. COMORBIDADE COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Obviamente nem todas as mulheres deprimidas estarão com transtorno de ansiedade e vice-versa. Todavia, como já mencionado, existe nitidamente uma atenção maior dos

pesquisadores ao estudo da depressão pós-parto, o que acaba por se refletir na prática clínica. Quando um instrumento de triagem como a EPDS é utilizado para o auxílio diagnóstico da DPP, há uma tendência dos clínicos e pesquisadores a mirarem apenas a depressão como possível transtorno afetivo no pós-parto, não levando em consideração que dos dez itens da escala três têm relação direta com ansiedade: “Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão”; “Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo”; e “Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do dia a dia”. Além disso, outro item referente à dificuldade para dormir também pode sofrer interferência direta de sintomas ansiosos (Cox et al 1987).

Boa parte das puérperas com sintomas depressivos significativos tem algo além da depressão. Num estudo realizado com 325 puérperas, 80 delas tiveram escore acima de nove na EPDS. Quando avaliadas pela *Depression Anxiety Stress Scale*, dentre essas 80 “provavelmente deprimidas” pela EPDS, 31,2% tinham apenas depressão; 26,2% tinham depressão e ansiedade em comorbidade; 12,5% tinham apenas ansiedade patológica e 6,2% tinham apenas reação de estresse aumentada (Miller et al 2006). Ou seja, das puérperas diagnosticadas como tendo DPP em pesquisas usando a EPDS, mais da metade apresenta ansiedade patológica que pode ser devida a algum transtorno específico.

A comorbidade entre essas condições não deve ser mero acaso. A serotonina é o neurotransmissor mais comumente associado tanto à depressão quanto aos transtornos de ansiedade. Já que a triptófano-hidroxilase é uma enzima que limita o ritmo da síntese da serotonina, o seu papel na patofisiologia desses transtornos psíquicos tem sido intensamente estudado. Num estudo conduzido em Taiwan, pesquisadores examinaram se determinados polimorfismos no gene da triptófano-hidroxilase estavam relacionados com depressão, ansiedade

patológica ou comorbidade entre as duas no pós-parto (Sun et al 2004). Uma diferença significativa foi encontrada na frequência genotípica para o polimorfismo T27224C entre o grupo de puérperas com comorbidade e o grupo controle sem transtornos afetivos. Três alelos haplótipos envolvendo esse polimorfismo foram construídos e associações entre combinações de haplótipos particulares e os diversos transtornos foram identificados. Contudo as associações foram fracas e o perfil de frequência de haplótipos em geral foi similar entre o grupo de deprimidas e o grupo de ansiosas. Esses resultados sugerem que depressão, ansiedade e a comorbidade entre as duas tenham base etiológica relacionada (pelo menos genética).

A despeito disso, um estudo recente encontrou taxa de transtorno de ansiedade de 4%, taxa de depressão de 9%, e taxa de apenas 2,0% de comorbidade (Navarro et al 2008). Outro estudo com 1024 puérperas, também recente e já citado anteriormente, encontrou taxa de transtornos de ansiedade de 11,1% e de depressão de 6,1%, com apenas 2,1% de comorbidade (Reck et al 2008). Esse mesmo estudo mostrou que a maioria das mulheres com transtornos de ansiedade no pós-parto já estava com o distúrbio antes desse período, tendo uma incidência no pós-parto de apenas 2,2%. Quanto à depressão, observou-se incidência no pós-parto de 4,6%. Isso parece ir ao encontro da sugestão de que a ansiedade é precursora da depressão pós-parto como resultado de vias fisiológicas alteradas, ou em consequência do fracasso em manejar o estresse (Heron et al 2004).

Considerando que ainda poucos estudos tenham verificado a associação de transtornos de ansiedade à depressão pós-parto, é de interesse que se possa verificar o perfil dessa comorbidade na população brasileira. Uma vez sendo freqüente o aparecimento de transtornos de ansiedade na mulher independentemente do período de vida, também averiguar

quais desses transtornos estão mais relacionados à DPP e se a comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade aumenta a frequência de aparecimento de pensamentos disfuncionais.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Estudar a depressão pós-parto quanto à prevalência e à apresentação clínica de pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar a prevalência de depressão pós-parto nas puérperas que levam seus bebês para consultas de puericultura em Recife-PE usando os critérios do DSM-IV;

- Realizar uma adaptação semântica da *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ) e avaliar sua confiabilidade;

- Averiguar se os pensamentos disfuncionais integrantes da PNTQ estão mais presentes nas puérperas deprimidas do que nas puérperas sem depressão;

- Estimar a prevalência dos transtornos de ansiedade no pós-parto em Recife-PE usando os critérios do DSM-IV;

- Verificar o percentual de comorbidade da depressão com cada um dos transtornos de ansiedade;

- Verificar se puérperas com transtornos de ansiedade apresentam mais depressão do que puérperas sem transtornos de ansiedade;

- Verificar se as mulheres com depressão no pós-parto e transtornos de ansiedade têm mais pensamentos disfuncionais do que as mulheres com depressão sem transtorno de ansiedade.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

O estudo foi quantitativo analítico de corte transversal.

### **4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo teve uma amostra de conveniência de 400 puérperas que preenchiam os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- (1) puérperas entre duas e 26 semanas de pós-parto;
- (2) que aceitassem voluntariamente assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- (3) se fossem menores de 18 anos, que tivessem alguém responsável que assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido;
- (4) que fossem capazes de falar, ler e entender o Português;
- (5) cujos bebês fossem vistos pela mesma como saudáveis;

Critérios de exclusão:

- (1) mulheres que tivessem um transtorno psicótico atual que não fosse do humor;

- (2) tivessem algum problema psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas;
- (3) que não completassem a entrevista.

A escolha de se fazer entrevista com puérperas com pelo menos duas semanas de pós-parto teve o intuito de evitar confundimento entre os sintomas da depressão pós-parto e o fenômeno do *maternity blues*. Como ainda não existe consenso quanto ao limite superior de tempo a ser considerado puerpério, optou-se pelo limite de 26 semanas, conforme a maioria dos estudos envolvendo depressão pós-parto.

Para que também não houvesse conflito entre o diagnóstico de depressão e transtorno de adaptação, as mulheres cujos bebês tivessem atrasos de desenvolvimento ou defeitos físicos incapacitantes já conhecidos não foram incluídas.

#### **4.3. LOCAIS E PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO**

As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2007 a julho de 2008.

Havia a intenção de que a amostra fosse representativa das diversas classes socioeconômicas existentes no Brasil e que contemplasse diversas áreas da região metropolitana da cidade do Recife. Desta maneira, foram escolhidos para sítios de coleta de dados os ambulatórios de puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP); e o consultório do Dr. José Henrique Silva (número de inscrição no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco: 8.976).

Tanto o HC-UFPE quanto o IMIP são instituições que atendem pacientes do Sistema Único de Saúde. Ambos têm estrutura para assistência em saúde como também para o ensino e pesquisa. São considerados centros de referência no estado de Pernambuco em gravidez de alto risco e atendem nos seus ambulatórios de puericultura uma demanda que vai além dos seus arredores, vindo os seus pacientes de toda a região metropolitana do Recife e eventualmente do interior do estado. A maioria dos bebês atendidos nesses ambulatórios também nasceram nos serviços de obstetrícia dessas instituições, de onde eram encaminhados.

O consultório do Dr. José Henrique Silva atende a diversos planos de saúde privados. O Dr. José Henrique é pediatra neonatologista que goza de muita respeitabilidade profissional na cidade. Assim, a sua clientela também ultrapassa as fronteiras do bairro em que está situado o seu consultório, e pessoas de todas as áreas da região metropolitana se utilizam dos seus serviços.

#### **4.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

##### **4.4.1. QUESTIONÁRIO BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICO (Anexo 1)**

Esse questionário foi elaborado pelo pesquisador. Teve a finalidade de obter dados que caracterizassem a amostra quanto à idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, tempo de pós-parto, paridade, possíveis complicações na gravidez e no parto, problemas de saúde atuais e pregressos, dentre outros.

#### 4.4.2. ENTREVISTA CLÍNICA SEMI-ESTRUTURADA PARA DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO SEGUNDO CRITÉRIOS DO DSM-IV (Anexo 2)

Como a variável “presença ou ausência de depressão” era a mais importante do estudo, foi utilizada a versão em português da *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (Del-Ben et al 2001), que é hoje considerada padrão-ouro para este diagnóstico. Mais conhecida por sua sigla (SCID-I), essa entrevista diagnóstica tem sido largamente utilizada em estudos na Psiquiatria (Spitzer et al 1992). A entrevista consiste em questões padronizadas distribuídas em módulos correspondendo a cada transtorno do eixo-I do DSM. A confiabilidade *teste-reteste* obteve valores bastante aceitáveis. Num estudo americano em que pares de entrevistadores fizeram diagnósticos independentes com 75 pacientes ambulatoriais, a porcentagem de concordância foi de 82% ( $kappa = 0,72$ ) para episódio depressivo maior (Riskind et al 1987). No Brasil, a confiabilidade inter-avaliadores usando a sua versão traduzida para o português foi adequada. Obteve um  $kappa$  de 0,88 para depressão (Del-Ben et al 2001). Confiabilidade inter-avaliadores foi alta também com o uso do SCID-I em estudos com mulheres no período do pós-parto (O'Hara et al 1990).

O SCID-I é um instrumento designado para ser administrado por clínicos ou profissionais de saúde treinados. Um aspecto interessante nessa entrevista é que, como é semi-estruturada, permite que o avaliador possa julgar se há ou não a presença de determinado critério, além de fazer ajustes eventuais na maneira de realizar as perguntas e conduzir a abordagem. Recentemente um grupo de pesquisadores de transtornos mentais no puerpério propuseram adaptações nessa entrevista para abordagem de mulheres na gravidez e no pós-parto (Gorman et al 2004).

#### 4.4.3. ENTREVISTA BREVE SEMI-ESTRUTURADA PARA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS ANSIOSOS DE ACORDO COM O DSM-IV (Anexo 3)

Para o diagnóstico dos diversos transtornos ansiosos foi utilizada secção de transtornos de ansiedade da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan et al 1998). A MINI tem a finalidade de ser um questionário de aplicação mais rápida do que o SCID-I, mas sem perder significativamente em validade diagnóstica quanto aos critérios do DSM-IV e da CID-10. No ano 2000 foi disponibilizada no Brasil a sua tradução para o português, tendo sua confiabilidade sido avaliada em estudo (Amorim 2000).

A MINI foi interessante para essa pesquisa porque era necessária uma entrevista que não fosse tão longa quanto o SCID-I já que as puérperas estavam com seus bebês, por vezes amamentando, e esperando consulta médica. O tempo de aplicação dos instrumentos também não poderia ser demasiadamente dilatado para evitar cansaço e desinteresse pelas entrevistas.

É importante salientar que a secção de transtornos de ansiedade da MINI contempla o transtorno do pânico, a agorafobia, a fobia social, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno do estresse pós-traumático e o transtorno de ansiedade generalizada; nessa seqüência. Não são contemplados pela MINI e não foram pesquisados nesse estudo as fobias específicas nem o transtorno de estresse agudo, que também são classificados como transtornos de ansiedade pelo DSM-IV.

Com a intenção de que também fossem considerados os possíveis traumas relacionados ao parto, uma adaptação foi realizada sistematicamente na aplicação da MINI nesse

estudo. Antes de serem perguntados os itens referentes ao diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, a seguinte preleção era feita:

*“Vou dar a você alguns exemplos de contextos que podem ser considerados potencialmente traumáticos: acidentes graves, agressão, seqüestro.”*

*“Existem alguns relacionados ao parto: Feto morto / Morte de recém-nascido, sofrimento do feto, anomalias congênitas, uso de fórceps, fratura de crânio de feto, separação do recém-nascido por ele ter ficado na UTI, ter recebido cuidado médico que você tenha considerado inadequado, ter tido alguma experiência que você tenha considerado humilhante, ter tido hemorragia grave.”*

#### 4.4.4. QUESTIONÁRIO PARA AVERIGUAR A PRESENÇA DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS NO PUERPÉRIO (Anexo 4)

O *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ) foi devidamente traduzido e sua versão em português foi utilizada. É uma escala de auto-aplicação contendo 17 pensamentos que a mulher pode ter após o nascimento do seu bebê. Para mais detalhes acerca desse questionário, ver tópico 2.2.3 da revisão bibliográfica.

### 4.5. TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Cinco entrevistadores participaram da coleta de dados. Três médicos (sendo dois deles psiquiatras) e dois estudantes de medicina devidamente supervisionados. Numa tentativa de fazer uma calibração dos conceitos e uma adequação na maneira pela qual os instrumentos

fossem aplicados, cinco encontros para aulas teóricas e discussão de temáticas referentes ao estudo foram realizados:

Encontro 1: Fundamentos da entrevista psiquiátrica

Encontro 2: Psicopatologia da afetividade e do pensamento

Encontro 3: Transtornos do humor e transtornos ansiosos

Encontro 4: Transtornos mentais do puerpério

Encontro 5: Estudo da aplicação da SCID-I e da MINI

Durante as primeiras entrevistas do estudo, os estudantes de medicina e a médica que não era psiquiatra apenas assistiam aos procedimentos de coleta de dados dos psiquiatras participantes. Posteriormente eram então supervisionados pelos psiquiatras na execução das entrevistas. Os psiquiatras mantiveram-se na coleta de dados do início ao fim do período do estudo.

## **4.6. PROCEDIMENTOS**

### **4.6.1. ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA DA *POSTNATAL NEGATIVE THOUGHTS QUESTIONNAIRE***

A tradução do questionário original em inglês para o português foi realizada por dois psiquiatras fluentes em inglês (Amaury Cantilino e Carla Zambaldi), independentemente. Nenhuma orientação foi dada a estes psiquiatras quanto a se a tradução deveria ser literal ou mais livre. As duas traduções foram discutidas entre os autores. Cada um dos itens em português foi

selecionado de forma que o significado ficasse o mais próximo possível do questionário em inglês. Ao final foi obtida uma versão “por consenso” dos tradutores.

A versão “por consenso” foi submetida à retroversão para o inglês por dois professores deste idioma, independentemente. Os professores bilíngües, um brasileiro (Alberacy Antônio de Vasconcelos, professor do Yazigi) e a outra norte-americana (Judith Stewart), não conheciam previamente o *Posnatal Negative Thoughts Questionnaire* e não tinham formação em psicologia ou psiquiatria. Foi obtida, então, uma retroversão consensual entre os professores.

Cada item da retroversão consensual foi comparado com os da versão original em inglês no intento de pesquisar possíveis discrepâncias de significados. Essa comparação foi realizada por Pauline Hall, a autora da escala em inglês. Caso ela considerasse que havia discrepâncias consideráveis em um ou mais itens, ajustes na tradução em português poderiam ser feitos pelos psiquiatras responsáveis pela tradução.

A versão final do questionário em português foi preenchida inicialmente por cinco mulheres no pós-parto, duas usuárias de serviço privado e três de serviço público. Essas mulheres foram, então, entrevistadas individualmente no intuito de pesquisar aceitação e possíveis dificuldades no preenchimento da escala que exigissem nova adaptação.

#### 4.6.2. APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Inicialmente as mulheres foram convidadas a participar do estudo e esclarecidas quanto aos seus objetivos e procedimentos. Uma vez aceitando voluntariamente, eram solicitadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido após a sua devida leitura (anexo 5). A

partir de então se dava início à aplicação dos questionários na seguinte ordem: questionário bio-socio-demográfico, SCID-I para depressão, MINI para transtornos de ansiedade e PNTQ.

Para se obter o dado de confiabilidade teste-reteste, uma outra cópia em branco do PNTQ foi dada a cerca de 200 dessas puérperas. Elas foram solicitadas a preencherem novamente o instrumento após uma semana dessa primeira entrevista e então postá-lo de volta nos correios. Um envelope pré-pago com o endereço do investigador era dado junto com o questionário.

#### 4.6.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

O programa estatístico utilizado para obtenção dos diversos cálculos abaixo mencionados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na sua versão número 13.

Para avaliar o grau de consistência interna entre os itens da PNTQ foi obtido o coeficiente alfa de Cronbach (Bland and Altman 1997). Para se obter o grau de confiabilidade teste-reteste foi calculado o coeficiente *kappa*. Este coeficiente é uma medida que varia entre -1 e + 1 e quando igual à unidade indica perfeita concordância entre os exames; um índice igual à zero indica concordância equivalente à classificação aleatória ou independência entre os exames; quanto mais próximo de 1, mais coincidentes são as avaliações e quanto mais próximo de zero menos coincidentes, podendo o score ser até negativo. O score é igual a -1,00 se nenhuma avaliação for coincidente.

Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. As técnicas de estatística descritiva envolveram distribuições absolutas, percentuais e

*odds ratio* (OR) ou razão das chances (RC). Como técnica de estatística inferencial foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Quando as condições para a realização do teste qui-quadrado não foram satisfatórias, o teste exato de Fisher foi empregado.

Os intervalos de confiança foram calculados para a prevalência de depressão e dos transtornos de ansiedade, e também para os OR. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos de confiança foram obtidos com confiabilidade de 95%.

#### **4.7. ASPECTOS ÉTICOS**

O pesquisador submeteu o projeto de pesquisa à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães, incluindo cópia do consentimento livre e esclarecido, conforme resolução 196/96 do Ministério da Saúde. A carta de aprovação foi expedida no dia 05 de julho de 2007. Embora já houvesse aprovação do projeto em comitê de ética local, o IMIP exigiu que houvesse aprovação do mesmo modo em seu comitê para que o estudo fosse também conduzido lá. A aprovação se deu no dia 23 de novembro de 2007. Foram obtidas, além disso, anuências dos chefes dos serviços de puericultura do HC-UFPE e do IMIP; e do Dr. José Henrique Silva.

Com o objetivo de obter a permissão formal para tradução e avaliação da PNTQ, a Dra. Pauline Hall foi contatada e deu o seu consentimento.

As mulheres que, durante a pesquisa, foram diagnosticadas como tendo algum transtorno psíquico foram informadas sobre o fato e aconselhadas a procurar tratamento. As mulheres que manifestaram interesse em se tratar foram encaminhadas para atendimento no Serviço de Saúde Mental do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Nesse serviço há um ambulatório especializado para acompanhamento médico de mulheres com transtornos mentais no puerpério coordenado pelo pesquisador responsável por este estudo e conduzido pela psiquiatra Carla Zambaldi.

Essa pesquisa foi realizada em conjunto com outros dois projetos: “Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto”, da psiquiatra Carla Zambaldi; e “Avaliação do cortisol salivar em puérperas com e sem depressão pós-parto”, da endocrinologista Ana Carla Montenegro. Todos eles foram aprovados pelo comitê de ética do Hospital Agamenon Magalhães. Em alguns casos, as mulheres participavam dos três estudos simultaneamente.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA PARA O PORTUGUÊS E CONFIABILIDADE DO *POSTNATAL NEGATIVE THOUGHTS QUESTIONNAIRE*

Já que a idéia geral era de que a versão em português da PNTQ tivesse uma equivalência conceitual em relação à versão original em inglês, ambos os tradutores tiveram uma preocupação maior com os aspectos conotativos dos itens do que com o seu significado literal (tabela 6). Assim, alguns ajustes foram necessários.

Alguns tempos verbais tiveram que ser modificados para que se conseguisse maior fluidez na leitura e se aproximassem mais do coloquial no Brasil. Por exemplo, no item 3, “I’m rejected by my baby”, o particípio foi trocado pelo gerúndio por ser mais usual no nosso meio para esse tipo de sentença: “Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê”.

No item 4, a palavra “boring” foi traduzida como “entediante”. Contudo Pauline Hall referiu que possivelmente estaria havendo alguma inconsistência, pois com a retrotradução “annoying” o item ganhava outra conotação. Assim, houve nova tradução para “chato” que pareceu adequado para ela.

**Tabela 6: Tradução e retrotradução do “Postnatal Negative Thoughts Questionnaire”**

<b>Item</b>	<b>Versão original</b>	<b>Tradução consensual</b>	<b>Retrotradução</b>
1	I don't want to be alone with my baby	Eu não quero ficar sozinha com o meu bebê	I don't want to be alone with my baby
2	It's impossible to explain how I feel	É impossível explicar como estou me sentindo	It is impossible to explain how I am feeling.
3	I am rejected by my baby	Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê	I am feeling rejected by my baby.
4	Being with my baby is boring	É entediante ficar com o meu bebê	It is annoying to be with my baby.
5	It's not normal to think the way I do	Não é normal pensar do jeito que eu penso	The way I'm thinking is not normal.
6	I'm trapped in this situation with my baby	Estou presa nessa situação com o meu bebê	I am a prisoner in this situation with my baby.
7	Things will never get better	As coisas nunca vão melhorar	Things are never going to get better.
8	I am a bad mother	Eu sou uma mãe ruim	I am a terrible mother.
9	I could cause emotional damage to my child	Eu posso causar problemas emocionais para a criança	I may be causing emotional problems for the child.
10	I can't look after my baby	Eu não consigo cuidar do meu bebê	I am not able to care for my baby.
11	There must be something wrong with me	Deve haver alguma coisa errada comigo	There must be something wrong with me.
12	My situation is completely out of control	Minha situação está completamente fora de controle	My situation is completely beyond my control.
13	If I share my thoughts with others, they will think I'm mad	Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca	If I tell my problems to others they will think that I'm crazy.
14	I shouldn't have considered having a baby	Eu não deveria ter pensado em ter o bebê	I should never have thought about having a baby.
15	My negative thoughts are uncontrollable	Meus pensamentos negativos são incontroláveis	My negative thoughts are uncontrollable.
16	Having bad thoughts about my baby means I'm evil	Eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre meu bebê	I am a bad person because I have terrible thoughts about my baby.
17	If I told people about my thoughts and feelings there would be terrible consequences	Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, conseqüências sérias poderiam acontecer	If people knew about my thoughts and feelings, bad things could happen.

No item 6, o palavra “trapped” foi particularmente difícil de traduzir já que não parece existir uma palavra em português que expresse a mesma idéia. A expressão “‘I’m trapped in this situation” pode ser traduzida como “Estou sem saída nessa situação”, que conseguiria se aproximar mais do significado original, mas perderia um pouco a fluidez na leitura e no entendimento da frase. Optou-se, então, por “Estou presa nessa situação”. A retrotradução desviou-se levemente da versão original, o que foi percebido por Pauline Hall. Ela, no entanto, referiu que não havia alteração significativa.

O item 8, “I am a bad mother”, permitia diferentes interpretações, já que em inglês tem significado bastante amplo. A palavra “bad” é usada como adjetivo podendo designar ruim, mau, malvado, inferior, imperfeito, falho, dentre outros. Cada uma dessas palavras adquire conotações diversas no Brasil. Como a idéia da escala usando “bad” parecia ser realmente permitir interpretações ambíguas, optou-se pela palavra “ruim” que pode ser interpretada tanto com a idéia de inadequação quanto com a de malvadeza.

No item 17, “If I told people about my thoughts and feelings there would be terrible consequences”, o termo “terrible consequences” deveria passar a idéia de que a mulher teria preocupações referentes a tomarem a tutela do seu bebê se soubessem do que passa pela sua mente. A autora da escala, observando o termo “bad things” na retrotradução, avaliou que não estaria conseguindo captar a idéia original. Julgou-se, contudo, que o problema se deveu mais à retrotradução do que a tradução em si, que utilizou termo “conseqüências sérias”.

A versão final da escala em português teve boa aceitação por parte das cinco primeiras puérperas entrevistadas. Não havendo relato de dificuldades no seu entendimento ou na sua interpretação. Nenhuma dessas mulheres sugeriu modificações nos itens. No entanto, com o decorrer da pesquisa observou-se que o item 2, “É impossível explicar como estou me

sentindo” provocava hesitação com muita freqüência. Ao serem indagadas sobre a razão da hesitação, algumas responderam: “É que primeiro eu tive que pensar como estou me sentindo e depois saber se daria para explicar”; enquanto outras disseram: “Eu fiquei em dúvida se isso era em relação a sentimentos bons ou sentimentos negativos”. Observando a sentença em inglês, considerou-se que ela também poderia provocar tal fenômeno e que não parecia ser um problema da tradução ou da adaptação.

O coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala foi calculado após a aplicação nas 400 puérperas, o valor encontrado foi de 0,878.

De cerca de 200 puérperas para as quais foram dadas cópias extras do PNTQ para novo preenchimento após uma semana, 52 postaram o envelope com o questionário de volta. Na avaliação de confiabilidade teste-reteste, observou-se que o percentual de coincidências entre a primeira e a segunda avaliação, variou de 61,5%, no item “É impossível explicar como estou me sentindo”; a 96,2% no item “É chato ficar com o meu bebê”. A média do coeficiente *kappa* para os diversos itens foi 0,44.

## **5.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Dentre as 400 puérperas que participaram do estudo, 294 (73,5%) foram entrevistadas em instituições públicas (HC-UFPE e IMIP) e 106 (26,5%) no consultório privado, como ilustra a figura 1.

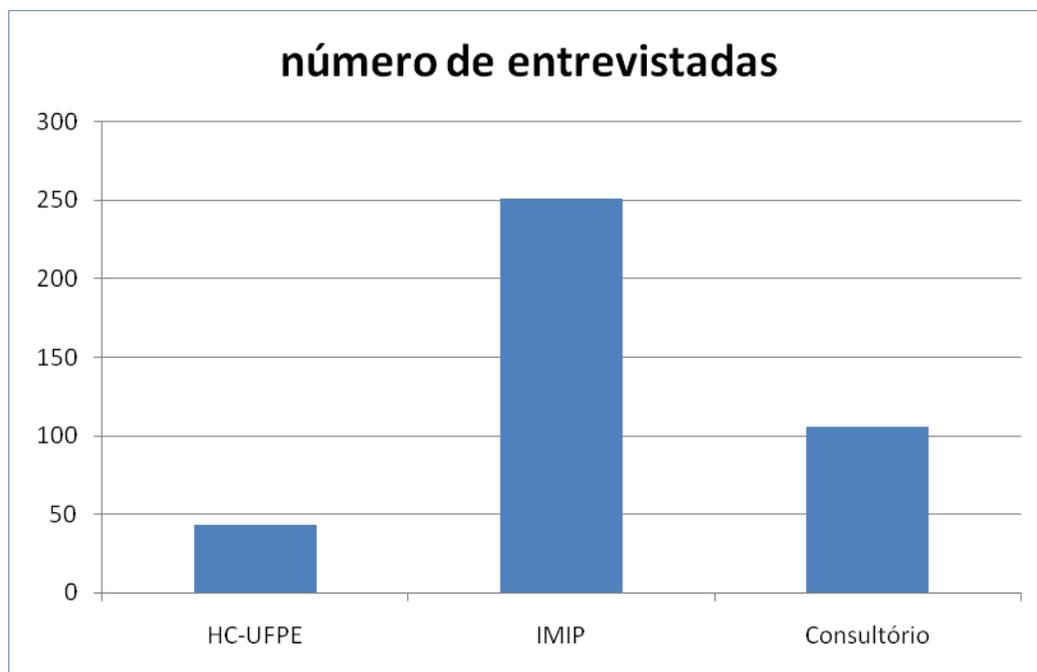


Figura 1: Número de entrevistadas entre os locais de coleta de dados

A entrevista foi realizada com mulheres entre 15 e 44 anos, com média e mediana de 27 anos e desvio padrão (dp) de 6,0. Quanto ao tempo de pós-parto, estavam entre a segunda e a 26<sup>a</sup> semanas, com média de 10 semanas (dp = 5,5) e mediana de nove semanas.

Quanto ao estado civil, 228 (85,5%) delas eram casadas ou viviam em união consensual. Em relação à escolaridade, apenas 20% tinham nível superior completo. A metade das mulheres tinha alguma atividade de trabalho. Cerca de 35% delas tinha renda familiar até um salário mínimo (Tabela 7 e figura 2).

Tabela 7: Entrevistadas segundo dados sociais

Variável	n	%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	52	13,0
Casada	176	44,0
União consensual	166	41,5
Viúva	2	0,5
Separada	4	1,0
<b>Escolaridade da mãe</b>		
Fundamental incompleto	42	10,5
Fundamental completo	92	23,0
Médio completo	186	46,5
Superior completo	80	20,0
<b>Mãe trabalha?</b>		
Sim	198	49,5
Não	200	50,0
Não respondeu	2	0,5
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	141	35,2
Mais de 1 a e até 5 salários	155	38,8
Mais de 5 salários	104	26,0
<b>Grupo Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

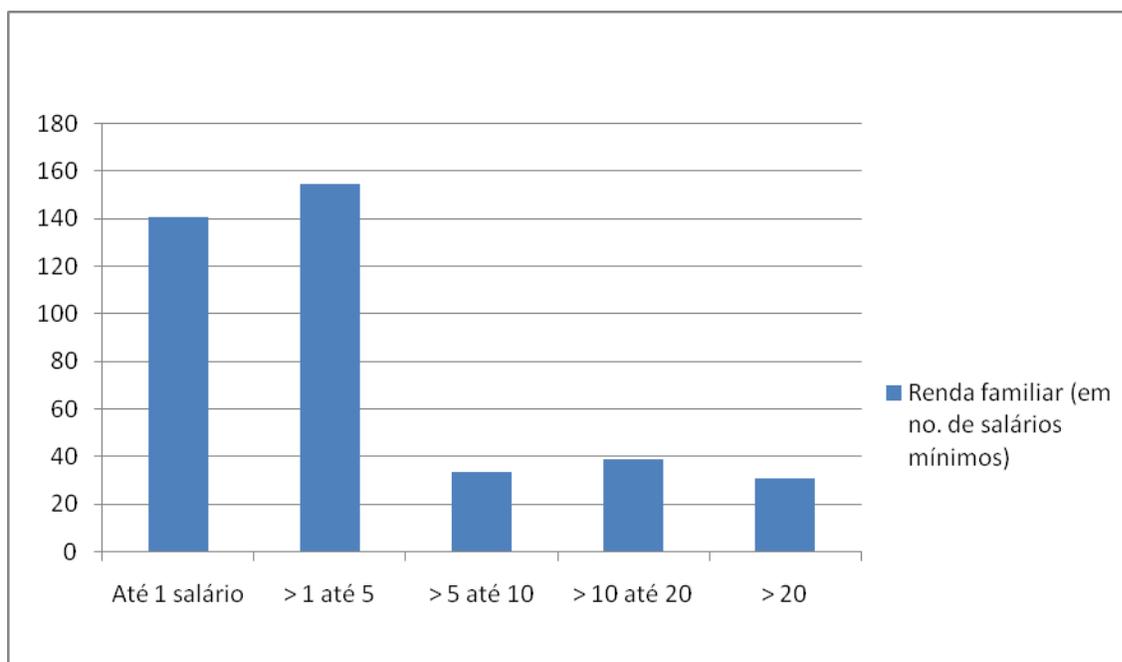


Figura 2: Número de entrevistadas entre as diversas faixas de renda familiar

Os dados obstétricos e relacionados ao bebê mostraram que: cerca de 16% dos bebês tiveram peso abaixo de 2.500 gramas; aproximadamente 24% teve alguma complicação logo após o nascimento (por exemplo, dificuldade respiratória, infecção neonatal, icterícia não fisiológica, etc), e 26% deles precisaram ficar internados. A maioria dos partos foi cesariano, cerca de 35% das mulheres tiveram algum tipo de complicação durante a gravidez ou o parto (por exemplo, hipertensão específica da gravidez, eclampsia, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, etc.). A maioria das gravidezes foi desejada, sendo aproximadamente 4% delas conseguidas a partir de algum tratamento específico para facilitar a fertilização. A maioria era primípara e 23% tinha história anterior de abortamento espontâneo (tabela 8).

Das 400 puérperas, 53 (13,2%) tinham algum problema de saúde física que consideravam relevante (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes, anemias crônicas, etc). Quanto à história prévia pessoal de transtorno psiquiátrico, 37 (9,2%) referiram esse dado como positivo; e 113 (28,2%) relataram história familiar de transtorno psíquico (tabela 9). Os dados supracitados foram obtidos através do questionário bio-socio-demográfico.

Tabela 8: Entrevistadas segundo dados obstétricos e do bebê

Variável	n	%
<b>Peso da criança ao nascer</b>		
Até 2500 gramas	66	16,5
Acima de 2500 gramas	328	82,0
Não informou	6	1,5
<b>Tipo de parto</b>		
Transpélvico	155	38,8
Cesariano	242	60,5
Transpélvico com forceps	2	0,5
Não informou	1	0,2
<b>Complicações na gravidez ou no parto</b>		
Sim	141	35,2
Não	258	64,5
Não informou	1	0,2
<b>Bebê com complicações logo após nascer</b>		
Sim	97	24,2
Não	302	75,5
Não informou	1	0,2
<b>Bebê precisou ficar internado logo após nascer</b>		
Sim	105	26,2
Não	294	73,5
Não informou	1	0,2
<b>Gravidez desejada</b>		
Sim	260	65,0
Não	138	34,5
Não informou	2	0,5
<b>História de abortamento espontâneo</b>		
Sim	93	23,2
Não	306	76,5
Não informou	1	0,2
<b>Realizou tratamento para engravidar</b>		
Sim	17	4,2
Não	380	95,0
Não informou	3	0,8
<b>Paridade</b>		
1	225	56,2
2	107	26,8
3 ou mais	60	15,0
Não informou	8	2,0
<b>Grupo Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tabela 9: Entrevistadas segundo dados de saúde

Variável	n	%
<b>Problemas de saúde física</b>		
Sim	53	13,2
Não	345	86,2
Não informou	2	0,5
<b>História pessoal de transtorno psiquiátrico</b>		
Sim	37	9,2
Não	361	90,2
Não informou	2	0,5
<b>História familiar de transtorno psiquiátrico</b>		
Sim	113	28,2
Não	282	70,5
Não informou	5	1,2
<b>Grupo Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

### 5.3. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ASSOCIAÇÃO COM DADOS BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Dentre as 400 puérperas entrevistadas, 29 (7,2% com intervalo de confiança entre 4,7-9,8%) apresentaram diagnóstico de depressão maior de acordo com a SCID-I (figura 3). Também pela SCID-I, dentre as 400, 24 (6,0%) referiram que já haviam tido episódio depressivo no passado.

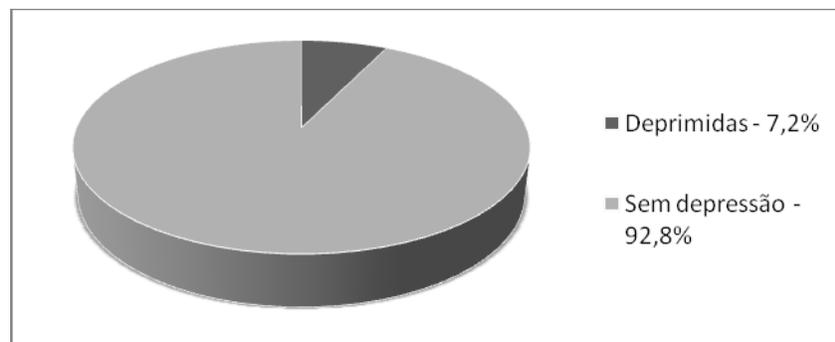


Figura 3: Prevalência de episódio depressivo atual na amostra de 400 puérperas

Dentre as 29 puérperas que estavam deprimidas, seis (20,7%) referiram que os sintomas do episódio depressivo atual iniciaram-se antes da gravidez, 11 (37,9%) durante a gravidez; e 12 (41,4%) após o parto.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as prevalências de depressão no serviço público (8,16%) e no serviço privado (4,72%) conforme podemos observar na tabela 10.

**Tabela 10: Prevalência de depressão entre os locais de coleta de dados**

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
• Local da coleta dos dados								
Serviços públicos	24	8,2	270	91,8	294	100,0	p = 0,241	1,79 (0,67 a 4,83)
Serviço privado	5	4,7	106	95,3	106	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</b>	<b>371</b>	<b>92,7</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

Comparando o grupo de puérperas deprimidas com o grupo de puérperas sem depressão, diferenças estatisticamente significativas não foram observadas para dados como faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, número de filhos e de pessoas que dependem da renda (Tabelas 11 e 12). Algumas categorias tiveram que ser agrupadas para aumentar o número de mulheres em alguns grupos. Foi o caso, por exemplo, do estado civil, da escolaridade e da renda familiar.

Tabela 11: Prevalência de depressão segundo faixa etária, estado civil e escolaridade

Variável	Depressão maior				Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Faixa etária</b>								
Até 20	2	3,6	54	96,4	56	100,0	p = 0,516	1,00
21 a 30	18	8,0	208	92,0	226	100,0		2,34 (0,53 a 10,38)
31 ou mais	9	7,6	109	92,4	118	100,0		2,23 (0,46 a 10,68)
<b>• Estado civil</b>								
Solteira/viúva/separada	7	12,1	51	87,9	58	100,0	p = 0,119	1,49 (0,57 a 3,90)
Casada	8	4,5	168	95,5	176	100,0		0,52 (0,21 a 1,27)
União consensual	14	8,4	152	91,6	166	100,0		1,00
<b>• Escolaridade</b>								
Fundamental incompleto	3	7,1	39	92,9	42	100,0	p = 0,576	1,97 (0,38 a 10,24)
Fundamental completo	7	7,6	85	92,4	92	100,0		2,11 (0,53 a 8,46)
Médio completo	16	8,6	170	91,4	186	100,0		2,42 (0,68 a 8,54)
Superior completo	3	3,8	77	96,3	80	100,0		1,00

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

Tabela 12: Prevalência de depressão segundo dados sociodemográficos

Variável	Depressão maior				Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Você trabalha?</b>								
Sim	13	6,6	185	93,4	198	100,0	p = 0,716	1,00
Não	15	7,5	185	92,5	200	100,0		1,15 (0,53 a 2,49)
<b>Grupo Total</b>	<b>28</b>	<b>7,0</b>	<b>370</b>	<b>93,0</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Renda familiar (SM)</b>								
Até 1	12	8,5	129	91,5	141	100,0	p = 0,713	1,52 (0,55 a 4,19)
Mais de 1 a 5	11	7,1	144	92,9	155	100,0		1,25 (0,45 a 3,49)
Mais de 5	6	5,8	98	94,2	104	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,2</b>	<b>371</b>	<b>92,8</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Número de pessoas que dependem da renda</b>								
Até 3	11	5,7	183	94,3	194	100,0	p = 0,477	1,00
4 a 6	15	8,5	161	91,5	176	100,0		1,55 (0,69 a 3,47)
7 ou mais	3	10,0	27	90,0	30	100,0		1,85 (0,48 a 7,05)
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,2</b>	<b>371</b>	<b>92,8</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Número de filhos, contando com o último</b>								
1	10	4,4	215	95,6	225	100,0	p = 0,093	1,00
2	9	8,4	98	91,6	107	100,0		1,97 (0,78 a 5,01)
3 ou mais	7	11,7	53	88,3	60	100,0		2,84 (1,03 a 7,81)
<b>Grupo Total</b>	<b>26</b>	<b>6,6</b>	<b>366</b>	<b>93,4</b>	<b>392</b>	<b>100,0</b>		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança; SM – salários mínimos

Em relação ao tempo de pós-parto observa-se que o percentual de pacientes com depressão foi mais elevado entre as que foram avaliadas com mais de oito semanas de pós-parto do que entre as que foram avaliadas até oito semanas (11,4% x 4,0%), diferença esta que revela associação significativa entre as duas variáveis em análise ( $p < 0,05$ ; OR igual a 3,10; e intervalo de confiança que exclui o valor 1,00). Quanto ao peso ao nascer, o percentual de puérperas com depressão foi aproximado entre as que tiveram filhos que nasceram com baixo peso e com peso normal (7,6% x 7,3%) e não se comprova associação significativa ( $p > 0,05$ ). A taxa de depressão foi 6,0% mais elevada nas mães que tiveram partos normais em relação àquelas que tiveram partos cesarianos (10,5% x 4,5%), com associação significativa (OR igual 2,55 e intervalo que exclui 1,00), conforme resultados apresentados na tabela 13.

**Tabela 13: Prevalência de depressão segundo o tempo de pós-parto, o peso do bebê e o tipo de parto**

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	N	%	N	%	n	%		
<b>• Tempo de pós-parto (em semanas)</b>								
Até 8	9	4,0	216	96,0	225	100,0	p = 0,004	1,00 3,10 (1,37 a 6,98)
> 8	20	11,4	155	88,6	175	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,2</b>	<b>371</b>	<b>92,8</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Peso da criança ao Nascer</b>								
Até 2500	5	7,6	61	92,4	66	100,0	p = 1,000	1,04 (0,38 a 2,83) 1,00
> 2500	24	7,3	304	92,7	328	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,4</b>	<b>365</b>	<b>92,6</b>	<b>394</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Tipo de parto</b>								
Transpelviano	17	10,8	140	89,2	157	100,0	p = 0,016	2,55 (1,16 a 5,60) 1,00
Cesariano	11	4,5	231	95,5	242	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>28</b>	<b>7,0</b>	<b>371</b>	<b>93,0</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

É possível observar na tabela 14 que a prevalência de depressão foi mais elevada: entre as mães que tiveram complicação durante a gravidez ou o parto comparadas com as que não tiveram complicação (10,6% x 5,4%); entre as mães cujos bebês tiveram complicações logo

após o nascimento (9,3% x 6,3%); entre as mães cujos bebês precisaram ficar internado logo após o nascimento (9,5% x 6,5%). Entretanto ao nível de 5,0% não se comprova associação significativa entre a ocorrência de depressão maior e cada uma das três variáveis contidas na tabela 14.

**Tabela 14: Prevalência de depressão segundo dados de complicações obstétricas e neonatais**

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	N	%	n	%	n	%		
<b>• Complicação durante a gravidez ou o parto</b>								
Sim	15	10,6	126	89,4	141	100,0	p = 0,055	2,08 (0,97 a 4,43)
Não	14	5,4	244	94,6	258	100,0		
<b>• Bebê com complicações logo após o nascimento</b>								
Sim	9	9,3	88	90,7	97	100,0	p = 0,381	1,44 (0,63 a 3,28)
Não	20	6,6	282	93,4	302	100,0		
<b>• Bebê precisou ficar internado logo após o nascimento</b>								
Sim	10	9,5	95	90,5	105	100,0	p = 0,300	1,52 (0,68 a 3,39)
Não	19	6,5	275	93,5	294	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</b>	<b>370</b>	<b>92,7</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

Na tabela 15 verifica-se que a prevalência de depressão foi: mais elevada entre as pesquisadas em que a gravidez não foi desejada (10,1% x 5,4%), entretanto a 5,0% não chega a comprovar-se associação significativa entre as duas variáveis em análise; mais elevada entre as que tiveram aborto espontâneo do que entre as que não tiveram aborto espontâneo (12,9% x 5,6%), resultado este que indica associação significativa ( $p < 0,05$ , OR igual a 2,52 e intervalo de confiança que varia de 1,16 a 5,49); mais elevada entre as que realizaram tratamento para engravidar (11,8% x 7,1%), entretanto sem associação significativa.

Tabela 15: Prevalência de depressão segundo dados da gravidez

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Gravidez desejada</b>								
Sim	14	5,4	246	94,6	260	100,0	p = 0,077	1,00
Não	14	10,1	124	89,9	138	100,0		1,98 (0,92 a 4,29)
<b>Grupo Total</b>	<b>28</b>	<b>7,0</b>	<b>370</b>	<b>93,0</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Aborto espontâneo</b>								
Sim	12	12,9	81	87,1	93	100,0	p = 0,017	2,52 (1,16 a 5,49)
Não	17	5,6	289	94,4	306	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</b>	<b>370</b>	<b>92,7</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Realizou tratamento para engravidar</b>								
Sim	2	11,8	15	88,2	17	100,0	p = 0,357	1,74 (0,38 a 8,02)
Não	27	7,1	353	92,9	380	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</b>	<b>368</b>	<b>92,7</b>	<b>397</b>	<b>100,0</b>		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

A tabela 16 mostra que a prevalência de depressão foi mais elevada entre as pesquisadas que relataram algum problema de saúde física do que entre as que não apresentaram este tipo de problema (15,1% x 5,5%) e a associação entre problema de saúde e ocorrência de depressão foi significativa ( $p < 0,05$ , OR igual a 3,05 e intervalo para o OR que exclui o valor 1,00). A taxa de depressão foi bem mais elevada entre as que apresentavam história de transtorno psiquiátrico quando comparadas às sem história de transtorno (32,4% x 4,7%), diferença esta que revela associação significativa ( $p < 0,001$ ). Também foi mais elevada entre as pesquisadas que apresentavam história de transtorno psiquiátrico na família (14,2% x 4,6% respectivamente).

Tabela 16: Prevalência de depressão segundo histórico de problemas de saúde

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		N	%		
	n	%	n	%	N	%		
<b>• Tem algum problema de saúde física?</b>								
Sim	8	15,1	45	84,9	53	100,0	p = 0,017	3,05 (1,26 a 7,38)
Não	19	5,5	326	94,5	345	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>27</b>	<b>6,8</b>	<b>371</b>	<b>93,2</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>		
<b>• História de transtorno psiquiátrico</b>								
Sim	12	32,4	25	67,6	37	100,0	p < 0,001	9,71 (4,18 a 22,57)
Não	17	4,7	344	95,3	361	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</b>	<b>369</b>	<b>92,7</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>		
<b>• História de transtorno psiquiátrico na família</b>								
Sim	16	14,2	97	85,8	113	100,0	p = 0,001	3,41 (1,58 a 7,36)
Não	13	4,6	269	95,4	282	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</b>	<b>366</b>	<b>92,7</b>	<b>395</b>	<b>100,0</b>		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

#### 5.4. PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A prevalência dos diversos transtornos de ansiedade nessa amostra variou de 3,2%, para transtorno do pânico, até 16,5%, para transtorno de ansiedade generalizada. Cerca de 30% da amostra tinha pelo menos um transtorno de ansiedade (tabela 17).

Tabela 17: Prevalência dos transtornos de ansiedade na amostra de 400 puérperas

Variável	Sim		Não		IC a 95% para a prevalência
	n	%	n	%	
• Transtorno do pânico	13	3,25	387	96,75	1,51 a 4,98
• Agorafobia	24	6,00	376	94,00	3,67 a 8,33
• Fobia social	45	11,25	355	88,75	8,15 a 14,35
• Transtorno obsessivo compulsivo	36	9,00	364	91,00	6,19 a 11,80
• Transtorno do estresse pós-traumático	21	5,25	379	94,75	3,06 a 7,43
• Transtorno da ansiedade generalizada	66	16,50	334	83,50	12,86 a 20,14
• Qualquer dos transtornos de ansiedade supracitados	119	29,75	281	70,25	25,27 a 34,23

IC – Intervalo de confiança

Observou-se que uma parte considerável dos casos de transtornos de ansiedade teve início no período gravídico-puerperal como mostra a tabela 18.

Tabela 18: Período de início dos transtornos de ansiedade

Transtorno de ansiedade	Antes da gravidez	Período gravídico-puerperal	Total de casos
Transtorno de pânico	7	6	13
Agorafobia	16	8	24
Fobia social	37	8	45
Transtorno obsessivo-compulsivo	25	11	36
Transtorno do estresse pós-traumático	8	13	21
Transtorno de ansiedade generalizada	26	40	66

## 5.5. ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO PÓS-PARTO

Dentre as 29 puérperas que apresentaram depressão, 26 (89,7%) tinham pelo menos um transtorno de ansiedade comórbido (tabela 19). Dessas 29 deprimidas, 9 (31%) tinham transtorno do pânico, 8 (27,8%) tinham agorafobia, 13 (44,8%) tinham fobia social, 14 (48,3%) tinham transtorno obsessivo-compulsivo, 9 (31%) tinham transtorno do estresse pós-traumático, e 19 (65,5%) preenchiam critério para transtorno de ansiedade generalizada.

Tabela 19: Transtornos de ansiedade comórbidos com o diagnóstico de depressão pós-parto

Transtorno de ansiedade	Comorbidade entre as 29 deprimidas	Percentual de comorbidade entre as deprimidas (%)
Transtorno do pânico	9	31,0
Agorafobia	8	27,6
Fobia social	13	44,8
Transtorno obsessivo-compulsivo	14	48,3
Transtorno do estresse pós-traumático	9	31,0
Transtorno de ansiedade generalizada	19	65,5

A prevalência de depressão foi bem mais elevada entre as pesquisadas que apresentavam algum transtorno de ansiedade do que entre as que não os apresentavam, e a associação se mostra significativa entre todos eles ( $p < 0,05$ ). A maior diferença percentual com depressão foi registrada no transtorno do pânico, onde 69,2% das portadoras de transtorno do pânico tinham depressão e apenas 5,2% das que não tinham este transtorno apresentavam depressão (tabela 20).

Tabela 20: Relação entre transtornos de ansiedade e depressão

Variável	Depressão				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	n	%	N	%	n	%		
• <b>Transtorno do pânico</b>								
Sim	9	69,2	4	30,8	13	100,0	p < 0,001	41,3 (11,7 a 145,7)
Não	20	5,2	367	94,8	387	100,0		
• <b>Agora fobia</b>								
Sim	8	33,3	16	66,7	24	100,0	p < 0,001	8,45 (3,25 a 21,99)
Não	21	5,6	355	94,4	376	100,0		
• <b>Fobia social</b>								
Sim	13	28,9	32	71,1	45	100,0	p < 0,001	8,61 (3,80 a 19,48)
Não	16	4,5	339	95,5	355	100,0		
• <b>Transtorno obsessivo compulsivo</b>								
Sim	14	38,9	22	61,1	36	100,0	p < 0,001	14,81 (6,35 a 34,51)
Não	15	4,1	349	95,9	364	100,0		
• <b>T. do estresse pós-traumático</b>								
Sim	9	42,9	12	57,1	21	100,0	p < 0,001	13,46 (5,08 a 35,68)
Não	20	5,3	359	94,7	379	100,0		
• <b>T. ansiedade generalizada</b>								
Sim	19	28,8	47	71,2	66	100,0	p < 0,001	13,10 (5,74 a 29,88)
Não	10	3,0	324	97,0	334	100,0		
• <b>Qualquer dos t. de ansiedade supracitados</b>								
Sim	26	21,8	93	78,2	119	100,0	p < 0,001	*
Não	3	1,1	278	98,9	281	100,0		
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,2</b>	<b>371</b>	<b>92,8</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Não foi determinado devido à ocorrência de frequência muito baixa e intervalo muito amplo.

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

## 5.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS NO PÓS-PARTO E DEPRESSÃO

A Tabela 21 mostra que o percentual de cada pensamento disfuncional foi mais elevado entre as pesquisadas que apresentavam depressão do que entre as que não a apresentavam com exceção do item: “Não quero ficar sozinha com meu bebê”. Para todos os demais pensamentos disfuncionais comprova-se associação significativa com a ocorrência de depressão ( $p < 0,05$ ). As maiores diferenças percentuais foram registradas para os itens: “Minha situação está completamente fora de controle” (65,5% x 9,2%), “Não é normal pensar do que jeito que eu penso” (75,9% x 23,8%), “Deve haver alguma coisa errada comigo” (72,4% x 27,6), “Meus pensamentos negativos são incontroláveis” (65,5% x 13,8%) e “Se eu contar meus problemas para os outros vão pensar que estou louca” (62,1% x 11,9%).

Os pensamentos que apresentaram maior correlação com depressão pós-parto, refletindo em OR mais altos foram:

- “Minha situação está completamente fora de controle”, da dimensão 1, com OR de 18,78;
- “Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê”, da dimensão 2, com OR de 16,20;
- “Sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o meu bebê”, da dimensão 1, com OR de 13,53;
- “Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca”, da dimensão 1, com OR de 12,12;
- “Meus pensamentos negativos são incontroláveis”, da dimensão 1, com OR de 11,85.

**Tabela 21: Associação entre depressão pós-parto e pensamentos do “Postnatal Negative Thoughts Questionnaire”**

Variável	Depressão maior				Grupo total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		N	%		
	n	%	n	%	N	%		
<b>• Eu não quero ficar sozinha com meu bebê</b>								
Sim	13	44,8	114	30,8	127	31,8	p = 0,119	1,83 (0,85 a 3,92)
Não	16	55,2	256	69,2	272	68,2		
<b>• É impossível explicar como estou me sentindo</b>								
Sim	25	86,2	157	42,7	182	45,8	p < 0,001	8,40 (2,87 a 24,62)
Não	4	13,8	211	57,3	215	54,2		
<b>• Estou sendo rejeitada pelo meu bebê</b>								
Sim	9	31,0	10	2,7	19	4,8	p < 0,001	16,20 (5,92 a 44,94)
Não	20	69,0	360	97,3	380	95,2		
<b>• É chato ficar com o meu bebê</b>								
Sim	10	34,5	17	4,6	27	6,8	p < 0,001	10,93 (4,41 a 27,08)
Não	19	65,5	353	95,4	372	93,2		
<b>• Não é normal pensar do jeito que eu penso</b>								
Sim	22	75,9	88	23,8	110	27,6	p < 0,001	10,07 (4,16 a 24,37)
Não	7	24,1	282	76,2	289	72,4		
<b>• Estou presa nesta situação com o meu bebê</b>								
Sim	17	58,6	70	18,9	87	21,8	p < 0,001	6,07 (2,77 a 13,29)
Não	12	41,4	300	81,1	312	78,2		
<b>• As coisas nunca vão melhorar</b>								
Sim	14	48,3	55	14,9	69	17,3	p < 0,001	5,35 (2,44 a 11,69)
Não	15	51,7	315	85,1	330	82,7		
<b>• Sou uma mãe ruim</b>								
Sim	7	24,1	23	6,2	30	7,5	p = 0,003	4,80 (1,86 a 12,41)
Não	22	75,9	347	93,8	369	92,5		
<b>• Posso causar problemas emocionais para a criança</b>								
Sim	17	58,6	66	17,8	83	20,8	p < 0,001	6,53 (2,98 a 14,31)
Não	12	41,4	304	82,2	316	79,2		
<b>• Não consigo cuidar do meu bebê</b>								
Sim	12	41,4	29	7,8	41	10,3	p < 0,001	8,30 (3,62 a 19,05)
Não	17	58,6	341	92,2	358	89,7		
<b>• Deve haver alguma coisa errada comigo</b>								
Sim	21	72,4	75	20,3	96	24,1	p < 0,001	10,33 (4,40 a 24,23)
Não	8	27,6	295	79,7	303	75,9		

Variável	Depressão maior				Grupo total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Minha situação está completamente fora de controle</b></li> </ul>								
Sim	19	65,5	34	9,2	53	13,3	p < 0,001	18,78 (8,08 a 43,63)
Não	10	34,5	336	90,8	346	86,7		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se eu contar os meus problemas para os outros não penso que estou louca</b></li> </ul>								
Sim	18	62,1	44	11,9	62	15,5	p < 0,001	12,12 (5,38 a 27,35)
Não	11	37,9	326	88,1	337	84,5		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Não deveria ter pensado em ter o bebê</b></li> </ul>								
Sim	17	58,6	50	13,5	67	16,8	p < 0,001	9,07 (4,09 a 20,11)
Não	12	41,4	320	86,5	332	83,2		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Meus pensamentos negativos são incontroláveis</b></li> </ul>								
Sim	19	65,5	51	13,8	70	17,6	p < 0,001	11,85 (5,21 a 26,92)
Não	10	34,5	318	86,2	328	82,4		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre meu bebê</b></li> </ul>								
Sim	6	20,7	7	1,9	13	3,3	p < 0,001	13,53 (4,20 a 43,54)
Não	23	79,3	363	98,1	386	96,7		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, consequências sérias poderiam acontecer</b></li> </ul>								
Sim	9	31,0	22	5,9	31	7,8	p < 0,001	7,12 (2,90 a 17,46)
Não	20	69,0	348	94,1	368	92,2		

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

## **5.7. PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E COMORBIDADE ENTRE DEPRESSÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

A alta frequência de comorbidade de depressão com transtornos de ansiedade (26 dentre as 29 deprimidas) não permitiu qualquer tipo de comparação entre os grupos de deprimidas sem transtorno ansioso e de deprimidas com transtorno ansioso. O primeiro grupo continha apenas três mulheres, o que faria qualquer avaliação ficar prejudicada independentemente do uso de testes estatísticos.

Como o transtorno de ansiedade generalizada pelas suas características sintomatológicas, dentre os distúrbios pesquisados, é o que mais tende a provocar pensamentos disfuncionais relacionados com atividades e eventos diversos, achamos que seria interessante utilizá-lo para comparação. Testes estatísticos não foram realizados porque o número de puérperas em cada grupo era, ainda assim, pequeno. A tabela 22 mostra a frequência do relato de cada um dos pensamentos disfuncionais do PNTQ no grupo de mulheres com depressão e sem TAG e no grupo com depressão e TAG comórbida.

Observa-se que nitidamente há uma tendência ao aparecimento mais habitual de pensamentos disfuncionais no grupo de puérperas com comorbidade. Os itens que mostraram maior diferença percentual foram “eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê”, “as coisas nunca vão melhorar”, “eu não consigo cuidar do meu bebê”, “deve haver alguma coisa errada comigo”; e “meus pensamentos negativos são incontroláveis”.

**Tabela 22: Frequência de pensamentos disfuncionais entre deprimidas com e sem comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada**

<b>Pensamento</b>	<b>Frequência do pensamento em mulheres apenas com depressão (n=10) (em %)</b>	<b>Frequência do pensamento em mulheres com depressão e transtorno de ansiedade generalizada (n=19) (%)</b>
Eu não quero ficar sozinha com o meu bebê	40	47
É impossível explicar como estou me sentindo	70	95
Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê	10	42
É chato ficar com o meu bebê	20	42
Não é normal pensar do jeito que eu penso	60	84
Estou presa nessa situação com o meu bebê	50	63
As coisas nunca vão melhorar	20	63
Eu sou uma mãe ruim	20	26
Eu posso causar problemas emocionais para a criança	40	68
Eu não consigo cuidar do meu bebê	10	58
Deve haver alguma coisa errada comigo	50	84
Minha situação está completamente fora de controle	60	68
Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca	50	68
Eu não deveria ter pensado em ter o bebê	40	68
Meus pensamentos negativos são incontroláveis	40	79
Eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre meu bebê	10	26
Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, conseqüências sérias poderiam acontecer	20	37

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1. ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA E CONFIABILIDADE DO *POSTPARTUM NEGATIVE THOUGHTS QUESTIONNAIRE*

Importantes conceitos relacionados à linguagem tiveram que ser levados em conta na tradução, dentre eles, *denotação* e *conotação*. A *denotação* refere-se ao vínculo direto de significação (sem sentidos derivativos ou figurados) que um nome estabelece com um objeto da realidade, ou seja, refere-se ao significado específico de uma palavra. Já a *conotação* é algo que uma palavra sugere, é a propriedade por meio da qual um nome designa uma série de atributos implícitos em seu significado, para além do vínculo direto que mantém com os objetos. Pode-se dizer que a conotação refere-se ao significado associado ou ao colorido emocional de uma palavra (Ellis et al 1989). Mesmo aceitando-se um não provado pressuposto de que há alguma universalidade nas experiências humanas psicológicas e sociais, a tradução de sintomas subjetivamente experienciados para outro idioma com frequência não é tarefa fácil (Jorge 1998).

Aspectos transculturais podem modificar os resultados encontrados em amostras distintas. Contudo, eventualmente, diferenças no perfil de resposta entre populações de idiomas diversos podem ser provocadas por traduções que não refletem o racional do instrumento na sua língua original. A presente tradução do PNTQ procurou assegurar que os sentidos das questões fossem interpretados igualmente entre as brasileiras lendo a adaptação para o nosso português e as inglesas lendo o original. Para tanto foi interessante que houvesse o sistema de tradução e

retrotradução, que vem sendo utilizado há décadas nesse tipo de estudo em saúde mental (Brislin 1970).

A comparação da versão original em inglês com a retrotradução foi feita pela autora da escala. Isso pareceu importante já que também foi a própria Pauline Hall que realizou as entrevistas em estudos qualitativos na Inglaterra, a partir dos quais surgiram os itens das escalas. Observou-se que mesmo sofrendo adaptações semânticas e em tempos verbais, os itens traduzidos da PNTQ foram considerados equivalentes aos obtidos nos estudos da autora do questionário.

Havendo também o desígnio de que o instrumento pudesse ser utilizado na população brasileira como um todo, os tradutores tiveram a preocupação de evitar regionalismos. Um dos tradutores era um psiquiatra do nordeste do Brasil e a outra era uma psiquiatra proveniente do sudeste, essas regiões são as que têm maior número de habitantes no país.

O Brasil, contudo, não apresenta apenas diferenças entre regiões geográficas que podem interferir na escolha das palavras a serem utilizadas na tradução. Há nítidas diferenças culturais relacionadas a fatores econômicos mesmo entre habitantes da mesma cidade. Talvez exista mais distância cultural entre um habitante do bairro de Boa Viagem e outro do bairro de Joana Bezerra, ambos em Recife, do que entre um habitante do bairro de Boa Viagem e outro do bairro de Moinhos de Vento, este último em Porto Alegre. A aplicação da escala em mulheres de diferentes níveis econômicos tentou neutralizar, pelo menos em parte, esse fator. Na avaliação inicial com duas puérperas usuárias de serviço privado e três de serviço público, e mesmo na aplicação com o total de 400 puérperas de níveis socioeconômicos variados, a aceitação e a compreensão dos itens da escala foram bastante satisfatórios.

As evidências psicométricas de confiabilidade da PNTQ foram expressas por seu coeficiente alfa, para avaliação de consistência interna; e pela média do coeficiente *kappa*, para medida da confiabilidade *teste-reteste*. Quanto ao coeficiente alfa, considera-se que há um alto grau de consistência interna quando o seu valor está acima de 0,7. Na amostra pesquisada, o PNTQ conseguiu um alfa de 0,88, o que indica uma consistência interna muito boa.

A medida de confiabilidade utilizando a correlação teste-reteste foi realizada nesse estudo. É necessário, no entanto, que se observe esse dado com alguma reserva. O desenho de *teste-reteste* consiste na aplicação do instrumento que está sendo avaliado duas vezes aos mesmos sujeitos depois de determinado período. Nesse tipo de estudo, mudanças biológicas, psicológicas ou sociais que aconteçam com o entrevistado ou mudanças na situação da entrevista ou na maneira de entrevistar ocorridas entre as avaliações tendem a diminuir a estimativa de confiabilidade. Por outro lado, se o informante lembra as respostas dadas na primeira entrevista e as repete, a confiabilidade pode ser superestimada. Assim, é importante determinar qual o intervalo mais adequado entre a primeira e a segunda avaliação, de forma que as respostas da segunda entrevista não sejam influenciadas pela memória da primeira e o intervalo não seja grande o suficiente para que possa ter ocorrido uma mudança real no indivíduo em relação ao aspecto que está sendo avaliado (Helzer et al 1977).

Dificuldades operacionais são encontradas para realização dessa medida em qualquer lugar onde pesquisadores tenham trabalhado na confiabilidade de escalas de auto-avaliação para depressão pós-parto. As mudanças do humor no período pós-parto são rápidas e dinâmicas, sendo assim, a reaplicação da escala depois de decorrido intervalo de tempo mesmo considerado pequeno para outras situações pode ser de substancial significância aqui. Além disso, obter nova aplicação logo após a primeira acaba fazendo a confiabilidade ser

superestimada. Observa-se que essa medida, provavelmente por essa razão, não vem sendo realizada em estudos de validação de escalas de auto-avaliação para depressão pós-parto (Eberhard-Gran et al 2001).

Mesmo diante do exposto acima, o teste-reteste foi realizado nesse estudo para o PNTQ, que obteve média de *kappa* entre os itens de 0,44. Sabe-se que o julgamento do grau de concordância das medidas é estabelecido arbitrariamente, contudo a maioria dos pesquisadores tem utilizado a interpretação apresentada na tabela 23 (Landis and Koch 1977). Segundo esse critério, a PNTQ apresentou grau de concordância moderado.

**Tabela 23: Interpretação dos valores de kappa de acordo com Landis & Koch**

---

<b>Valor da medida (<i>kappa</i>)</b>	<b>Grau de concordância</b>
0,00	Pobre
0,01 – 0,20	Leve
0,21 – 0,40	Discreto
0,41 – 0,60	Moderado
0,61 – 0,80	Substancial
0,81 – 0,99	Quase perfeito

---

## **6.2. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NO PÓS-PARTO**

A prevalência de depressão em puérperas neste estudo, 7,2%, foi bastante compatível com a de outras pesquisas que utilizaram a SCID-I como instrumento diagnóstico, taxa essa que varia de 6% (Lee et al 2001) a 12% (Regmi et al 2002). Esse resultado pode desfazer o mito de que no Brasil a prevalência de depressão pós-parto seria maior do que a de outros países, e autoriza a formulação da hipótese de que essas taxas são aproximadamente iguais se o instrumento utilizado for a SCID-I.

É muito comum que estudos de prevalência acabem usando escalas quantitativas de triagem para fazer diagnóstico de depressão. No Brasil, isso ocorreu em pesquisas no puerpério nos diversos estudos citados anteriormente. Observa-se que alguns desses estudos acabam até descrevendo corretamente o uso dos instrumentos (EPDS, BDI, Hamilton, etc.), mas pecam na descrição dos resultados, considerando os pontos de corte como definidores do diagnóstico. Na descrição de dados, é freqüente que ocorram confusões terminológicas entre “sintomatologia depressiva” (sugestiva do transtorno, mas não definidora) e diagnóstico de depressão pós-parto (Spanemberg 2008).

Possivelmente por se utilizarem de instrumentos de triagem, e com valor preditivo positivo relativamente baixo para a população brasileira, os outros estudos brasileiros tiveram taxas maiores do que a encontrada na presente pesquisa, variando de 13% (Santos et al 1999) a 43% (Da-Silva et al 1998). Até onde sabemos, essa é a primeira vez que se realiza um estudo epidemiológico de prevalência de depressão pós-parto utilizando-se uma entrevista diagnóstica.

Outros fatores, contudo, podem ter colaborado para esta taxa mais baixa nesta amostra. O estudo foi realizado em ambulatórios e consultório de puericultura. Sabe-se que a depressão pode levar a sintomas como abulia, desânimo, lentificação psicomotora, negativismo, retraimento social, comprometimento cognitivo, dentre outros. Esses sintomas eventualmente podem ser intensos o suficiente para fazer com que a puérpera não tenha condição ou disposição psíquica para levar o seu bebê para as consultas no pediatra. Algumas das mulheres com depressões mais graves possivelmente não foram entrevistadas simplesmente pelo fato de não serem encontradas no local de coleta de dados. Isso pode fazer com que esta amostra tenha um perfil diferente do que teria uma amostra feita na comunidade, entrevistando mulheres em suas casas. Uma amostra de conveniência e não controlada, como a deste estudo, não é a mais

adequada para aferir esta estimativa. Estudos futuros podem melhor selecionar amostras no intuito de evitar possíveis vieses de seleção.

Outro dado relevante é o de que nove mulheres não aceitaram participar da pesquisa ou não aceitaram assinar o termo de consentimento. Esse dado não aparece nos resultados porque era critério de exclusão. Contudo não seria demais suspeitar que talvez boa parte dessas mulheres estivessem com sintomas depressivos e não quisessem ser entrevistadas porque estavam abúlicas, irritadas, ou mesmo temerosas quanto a falarem de seus pensamentos para um pesquisador.

Também vale ressaltar que a entrevista se deu num contexto de espera por uma consulta médica. Havia uma pressão do tempo, já que com mais alguns instantes seria chamada para a consulta com o pediatra. Além disso, estava com um entrevistador com o qual ela teria um só contato. Sabe-se que um exame psiquiátrico está baseado em uma penetração intersubjetiva do espírito do observador, que procura compreender, e do espírito do paciente que, se deseja ser compreendido, se abandona ao contato com o outro. As trocas afetivas dessa relação são instrumento de avaliação. O fato de não estar ali para um acompanhamento com aquele entrevistador também pode ter interferido na disposição para deixar-se ser examinada.

### **6.3. ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E DADOS BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

Embora não tenha sido objetivo específico deste estudo, a relação entre depressão e os dados bio-socio-demográficos merece ser comentada. As comparações entre o grupo de deprimidas e de não deprimidas nos demais resultados apresentados podem ter sofrido algumas interferências associadas a esses fatores.

Quanto à relação entre depressão pós-parto e idade, tem sido apontado, inclusive em nosso meio, que puérperas adolescentes tendem a apresentar taxa maior de depressão (Cantilino et al 2007a; Correia 2006). Isso não foi observado nesta amostra, que curiosamente era composta de apenas cerca de 13% de mulheres abaixo de 20 anos. Talvez as adolescentes utilizem mais os serviços de bairro do que os serviços maiores. De qualquer modo, apenas duas (3,6%) dentre as 56 adolescentes do estudo apresentaram quadro depressivo.

O momento do pós-parto em que foi realizada a entrevista teve importância na taxa de depressão. Cerca de 4% das puérperas com menos de oito semanas estavam deprimidas, enquanto que 11,4% das com mais de oito semanas tinham depressão. Isso corrobora a idéia de que a DPP pode se prolongar e que não se inicia necessariamente nas quatro primeiras semanas de pós-parto como sugere a Associação Psiquiátrica Americana em sua classificação (American-Psychiatric-Association 2002).

O parto transpelviano, no nosso estudo, esteve associado à depressão pós-parto quando comparado ao parto cesariano. Isso contraria dados de pesquisas internacionais, que associam a cirurgia cesariana à depressão (Boyce and Todd 1992; Hannah et al 1992). Alguns fatores podem ser responsáveis por esse achado. Um deles, apontado por Zambaldi, é que em nosso meio comumente as mulheres consideram o parto normal uma experiência difícil. Algumas mulheres relatam que se sentem desassistidas pela equipe de saúde, que têm trabalhos de parto demorados, que têm dores intensas e por longo período de tempo e, algumas relatam que, no momento do trabalho de parto, temiam a morte do bebê. É possível que o modelo de saúde brasileiro atual não permita uma assistência adequada às mulheres durante o trabalho de parto e que as faça experimentar esse momento como uma situação de estresse, insegurança e medo (Zambaldi 2008). A dor prolongada durante o parto pode aumentar o nível de cortisol que

também está relacionado ao nível de estresse experimentado (Mahomed et al 1995). Já foi observado que o parto normal, quando realizado com analgesia pode diminuir significativamente a incidência de sintomas depressivos no pós-parto (Hiltunen et al 2004). Outro fator que pode explicar essa disparidade é que em nosso meio, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, grande parte dos partos cesarianos são programados. Os estudos internacionais associam depressão pós-parto a cirurgias cesarianas de emergência (Boyce and Todd 1992). Esse dado, desta forma, deve ser visto com muito cuidado uma vez que também outras variáveis não mencionadas aqui podem ser confundidoras do achado em questão.

História pregressa de abortamento espontâneo esteve associada à depressão pós-parto no nosso estudo. Uma hipótese que pode elucidar esse fenômeno é o fato de 6% das puérperas desta amostra referirem que já haviam tido depressão no passado. Das puérperas com DPP, cerca de 20% relataram que os seus sintomas se iniciaram antes da gravidez, o que sugere quadro depressivo demasiadamente prolongado. Sabe-se que a depressão durante a gravidez está relacionada a maior taxa de abortamentos espontâneos (Sugiura-Ogasawara et al 2002). Pode ser que muitas dessas mulheres estivessem deprimidas quando das gravidezes que geraram abortamentos. Além disso, um estudo alemão mostrou que mulheres com história prévia de abortamento espontâneo apresentam significativamente mais ansiedade e estresse durante a gravidez subsequente do que aquelas sem esse histórico. Supõe-se que esses abortamentos possam levar a conseqüências psicológicas adversas em mulheres predispostas (Bergner et al 2008). Já é bem conhecido que ansiedade patológica na gravidez é um dos maiores preditores de depressão no pós-parto (Beck 2001).

Os nossos dados também corroboram a idéia de que a depressão está associada a doenças clínicas diversas, a história pregressa de transtornos psiquiátricos (sobretudo transtornos de ansiedade e do humor) e a história familiar de transtornos mentais (Martin et al 2008).

#### **6.4. PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO PÓS-PARTO**

Nesta amostra, de cada 100 mulheres no puerpério, cerca de 30 apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Outro estudo, realizado na Austrália, que também utilizou a MINI para o diagnóstico de transtornos de ansiedade no pós-parto encontrou prevalência de 20% (Grant et al 2008). Estes dados parecem alarmantes já que tradicionalmente não se pesquisa sistematicamente esse tipo de distúrbio nas consultas de pós-parto. Claro que muitas dessas situações se tratam de distúrbios crônicos que possivelmente já acompanhavam a mulher há vários anos, como nos casos de agorafobia, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo. Nas puérperas com esses três transtornos, bem mais do que a metade delas já apresentavam os sintomas numa intensidade significativa antes do período perinatal. Mas isso mostra que o pós-parto pode ser um período excelente para a detecção dessas condições uma vez que as mulheres entram em contato com profissionais de saúde com mais frequência por essa época.

A agorafobia, que até onde sabemos não teve sua prevalência em puérperas publicada na literatura e não tem sido estudada nesse período, esteve presente em 6,0% da amostra. Foi freqüente o relato de aumento da percepção de fragilidade física durante a gravidez e puerpério, o que fazia com que se acentuassem os comportamentos de esquiva de situações onde estivessem sozinhas. Outro aspecto bastante comentado pelas puérperas agorafóbicas foi a

fobia de ficarem sozinhas com os seus bebês por receio de que eles passassem mal e elas não conseguissem lidar com a situação.

A prevalência de fobia social nesse estudo foi compatível com a descrita na literatura quando utilizados os critérios do DSM, mesmo em contextos fora do pós-parto, como num estudo brasileiro que mostrou prevalência de 7,9% em Belo Horizonte (Rocha et al 2005). As puérperas desta amostra referiram desconforto relacionado a esse período por terem de lidar com situações sociais diversas, como presença de mais familiares em casa, visitas a médicos, encontro com outros profissionais de saúde, etc. Além disso, o fato de estarem com os bebês chama a atenção de outras pessoas que tendem a fazer perguntas deixando-as como centro de atenção. Muitas das puérperas com fobia social afirmaram que evitavam realizar os cuidados com os bebês, como trocar fraldas ou alimentá-los, na presença de outros por receio de serem avaliadas negativamente.

A prevalência do transtorno de ansiedade generalizada (16,5%) na nossa população foi relativamente alta. Sabe-se que a frequência de aparecimento desse transtorno tende a ser maior no período do puerpério do que em outros períodos da vida (Ross and McLean 2006). Além disso, pesquisadores já apontam para o fato de que o aparecimento de ansiedade patológica no pós-parto, tomando a forma de preocupações excessivas e dificuldade para relaxar, provavelmente seja maior do que o de depressão. Observou-se que a taxa encontrada nesta amostra foi maior do que a relatada na literatura, que é cerca de 8% (Wenzel et al 2005). Uma possível explicação é que sintomas sub-sindrômicos já poderiam estar presentes antes do pós-parto ou mesmo antes do período gravídico-puerperal e em consequência do estresse psicossocial vivido no puerpério eles se intensifiquem fazendo com que as mulheres acabem por preencherem diagnóstico para TAG. O TAG apresenta um critério temporal de pelo menos seis meses. Como

já experimentavam os sintomas, numa forma sub-sindrômica, por tempo superior ao período de pós-parto, quando perguntadas quando o quadro teve início, respondiam: “há vários meses”. Um estudo mostrou que somadas as taxas de TAG com critérios cheios e de TAG sub-sindrômica chega-se à percentagem de 32,3% (Wenzel et al 2003).

Esse fator também pode ajudar a explicar a elevada taxa de transtorno obsessivo-compulsivo nesta amostra (9,0%). Muitos indivíduos apresentam sintomas de TOC sub-sindrômicos e sabe-se que pessoas com transtornos de ansiedade sub-sindrômicos têm risco maior de apresentarem um transtorno sindrômico quando expostas a um estressor psicossocial (Helmchen and Linden 2000). No entanto, nesse caso, outro aspecto parece mais relevante. Este projeto utilizou a mesma amostra de um outro intitulado “Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto”. Nesse outro projeto houve a aplicação de um *checklist* para pesquisa de várias obsessões e compulsões. Isso pode ter sensibilizado tanto os entrevistadores quanto as puérperas quanto ao que estava sendo avaliado ao serem feitas as perguntas sobre TOC na MINI. Como os sintomas foram pesquisados de maneira mais sistemática, dados que eventualmente poderiam ser perdidos se só houvesse sido aplicada a MINI acabaram por aparecer quando o *checklist* estava sendo preenchido.

Quanto ao transtorno do estresse pós-traumático, observou-se taxa de 5,2%. Das 21 puérperas com esse transtorno, cerca de 62% relataram que os sintomas se iniciaram no período gravídico-puerperal. Sendo o Recife uma cidade com índices de violência urbana relativamente altos, sobretudo na forma de assaltos a mão armada e homicídios, foi freqüente o relato de situações como essa levando a trauma. Também apareceram nesta amostra, mais comumente em serviço público, relatos de traumas diretamente relacionados ao contexto do periparto, como separação do neonato por este ter de ficar na UTI.

Embora esse dado não tenha sido sistematicamente quantificado no estudo, observou-se com razoável frequência o histórico de mulheres sendo vítimas de agressão por parte dos companheiros durante a gravidez. Muitas delas vivenciaram esse evento como sendo traumático e ameaçador para as suas vidas e para as dos bebês. Além disso, sentiam-se com isso tremendamente aflitas e desamparadas numa fase da vida em que estavam fisicamente, e emocionalmente, mais fragilizadas. A literatura tem observado associação de violência contra a mulher durante a gravidez e o TEPT, além de depressão (Kendall-Tackett 2007).

Outro aspecto relevante a ser considerado, sobretudo pelos clínicos, é o fato de ser incorreto concluir que as mulheres estão funcionando bem apenas porque elas não preenchem critérios para depressão. Os resultados apresentados nesse estudo estão de acordo com autores que propõem que muitas puérperas vivenciam distúrbios potencialmente não detectados quando apenas a depressão é pesquisada (Fisher et al 2002; Miller et al 2006). Por exemplo, 61% das puérperas com TOC e 71% daquelas com TAG não apresentavam depressão nesta amostra.

## **6.5. COMORBIDADE ENTRE DEPRESSÃO E TRANSTORNOS ANSIOSOS**

Dentre as 29 mulheres deprimidas da amostra, 26 (89,7%) apresentaram pelo menos algum transtorno de ansiedade comórbido. Essa taxa parece superior a de outras pesquisas sobre o assunto. Num estudo que examinou 56 puérperas encaminhadas com diagnóstico de depressão pós-parto com o SCID-I, encontrou-se 46% de transtornos de ansiedade comórbidos (Sharma et al 2008). Contudo não consta no artigo que os pesquisadores tenham incluído o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia social no estudo, ficando limitados ao TOC, TEPT

e transtorno do pânico. Num outro estudo que utilizou a MINI, assim como este, encontrou-se 63% de comorbidade (Grant et al 2008). Um dos fatores que pode ter colaborado para a quantidade relativamente alta de comorbidade na presente amostra foi a alta taxa de TOC comórbido (48,3%). Esse aspecto foi comentado no item anterior. Do mesmo modo houve forte associação com o TAG, o que pode refletir tanto uma tendência natural desses dois transtornos andarem juntos como também uma freqüente sobreposição de sintomas entre eles, como dificuldade com o sono, falta de concentração, fadigabilidade fácil e inquietude.

Como o estudo foi de corte transversal, não pôde estabelecer relações causais uma vez que o critério temporal não pode ser fidedignamente estabelecido. No entanto percebe-se que alguns transtornos ansiosos, por terem características de cronicidade, podem ter colaborado para aumentar a vulnerabilidade da mulher a apresentar depressão. É o caso, por exemplo, da fobia social, do TAG e do TOC. Note-se, contudo, que essa afirmação é controversa, já que os mesmos mecanismos fisiopatológicos e etiológicos podem estar envolvidos no aparecimento desses dois grupos de transtornos.

Essa alta taxa de ansiedade comórbida pode servir como alerta aos pesquisadores para a necessidade de criação e validação de escalas de ansiedade para uso no puerpério. Apesar de serem vastamente utilizados na população geral em pesquisa, os instrumentos de auto-avaliação para ansiedade ainda não foram validados para uso no pós-parto. Dadas as mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas que acompanham esse período, o estabelecimento de pontos de corte adequados, além de normas e adaptações para uso no puerpério, é essencial para a interpretação do significado clínico dos achados de pesquisas e facilitação de comparações entre diferentes culturas (Grant et al 2008).

Os resultados deste estudo também devem alertar os clínicos quanto à importância de levar em consideração não apenas a depressão no pós-parto, mas igualmente a ansiedade patológica nesse período. Numa mulher apresentando DPP torna-se mandatório que se faça pesquisa sistemática para detecção de possível transtorno ansioso comórbido, uma vez que isso pode estar associado a sintomas mais graves e, como sugere esse estudo, maior frequência de pensamentos disfuncionais. Além disso, a conduta terapêutica, seja ela farmacológica ou psicoterápica, terá particularidades caso haja a presença de um transtorno de ansiedade sobreposto à depressão.

Estudos futuros que possam analisar possíveis diferenças na apresentação de sintomas, na resposta terapêutica e no prognóstico da depressão pós-parto quando em associação aos transtornos ansiosos serão bem vindos. Outro aspecto relevante a ser pesquisado é a observação das repercussões sobre a relação mãe-bebê e desenvolvimento cognitivo e afetivo a longo prazo que considere a comorbidade como variável que potencialmente possa interferir nos resultados.

## **6.6. PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Os resultados mostraram que embora os pensamentos disfuncionais do PNTQ possam estar presentes em puérperas sem depressão, eles estão muito mais associados àquelas deprimidas. Com a exceção do item “não quero ficar sozinha com o meu bebê” que obteve OR de 1,8 e sem significância estatística, todos os outros itens tiveram uma associação robusta com depressão. Os valores do OR variaram entre 4,8 para “eu sou uma mãe ruim” e 18,8 para “minha

situação está completamente fora de controle”. Isso parece desfazer pelo menos em parte a idéia de um continuum, onde os pensamentos negativos seriam experiências “normais” do pós-parto que se acentuariam na presença de depressão.

Embora não tenham sido utilizados testes estatísticos específicos para avaliar diferenças nas respostas entre as duas dimensões da escala, observou-se certa tendência a correlações mais robustas com depressão pós-parto entre os itens relacionados a “apreciação da cognição, emoção e situação” (dimensão 1 do PNTQ), do que entre os itens dos “pensamentos negativos associados ao bebê e à maternidade” (dimensão 2). Os itens relacionados a “apreciação da cognição, emoção e situação” tiveram média de OR igual a 10,8, enquanto que os “pensamentos negativos associados ao bebê e à maternidade” ficaram com uma média de 7,96. Esse dado está de acordo com a idéia da autora da escala quanto à importância especial dos aspectos metacognitivos na depressão pós-parto (Hall and Papageorgiou 2005).

A presença de pensamentos negativos, especialmente quando em grande número devem apontar fortemente para a possibilidade de depressão. Pode-se, inclusive, sugerir que a presença de pensamentos negativos no pós-parto seja de valiosa utilidade para o diagnóstico de DPP. Como já foi referido, o puerpério é um período em que fenômenos fisiológicos podem ser confundidos com sintomas depressivos como, por exemplo, alteração de peso, fadigabilidade, dificuldades com o sono, diminuição de libido, entre outros. Portanto, alterações ideativas e da auto-avaliação passam a ser domínios da síndrome depressiva que ganham em importância no diagnóstico diferencial.

É importante frisar, no entanto, que o presente estudo não tem a finalidade de oferecer a PNTQ para servir como instrumento de triagem na identificação de mulheres com DPP. Para tanto já existem escalas desenhadas especificamente para isso disponíveis no Brasil

(Cantilino et al 2007b; Cantilino and Sougey 2003; Santos et al 1999). A PNTQ sequer apresenta recomendações para cálculo de escore total ou ponto de corte. A idéia da escala é facilitar a identificação dos pensamentos disfuncionais no puerpério.

Num estudo que avalia cognições negativas relacionadas à maternidade, possivelmente há influência da vergonha da mãe em reconhecer que vem tendo pensamentos socialmente reprováveis. Ademais, podem ocorrer medos relativos à manutenção do sigilo e receios quanto à proteção de dados e informações que envolvem intimidade e, algumas vezes até, preocupações legais. Admite-se, dessa maneira, que a prevalência de pensamentos negativos pode estar subestimada no estudo, principalmente em itens que carregam mais preconceitos como “eu não deveria ter pensado em ter o bebê”, ou “eu sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre meu bebê”.

A escala é uma excelente oportunidade para a identificação de distorções cognitivas descritas por Beck (Beck et al 1979). Dentre os seus itens podemos encontrar possíveis distorções como, por exemplo, predições negativas, em “as coisas nunca vão melhorar”; rotulação, em “eu sou uma mãe ruim”; pensamento tipo tudo-ou-nada, em “minha situação está completamente fora de controle”; leitura mental, em “se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca”; personalização, em “estou sendo rejeitada pelo meu bebê”; dentre outras.

Na reestruturação da forma de pensar promovida pela psicoterapia cognitiva, algumas técnicas podem ser utilizadas para que o paciente perceba e identifique os seus pensamentos automáticos. O uso de dessa escala pode contribuir para fazer as mulheres se darem conta de que seus pensamentos podem ser tidos como disfuncionais e dignos de atenção, fazendo com que possam inclusive monitorá-los. Pode servir para que tomem conhecimento de que

outras mulheres apresentam o mesmo conteúdo de pensamento que elas experimentam, colaborando para a diminuição do sentimento de culpa com a técnica de “normalização”, ou seja, “se outras também pensam assim, não sou a pior pessoa do mundo”. Além disso, pode ser utilizada em terapia cognitiva para essa população como instrumento para medição de resposta ao tratamento.

Ainda em relação à terapia cognitiva, sabe-se que pensamentos negativos tendem a provocar sentimentos desagradáveis associados a algum grau de sofrimento. Seriam interessantes pesquisas futuras que avaliassem o nível de convicção, o tipo de sentimento e a intensidade do sofrimento experimentado pelas mulheres com DPP relacionados a cada um dos pensamentos da escala.

Estudos que examinassem como os fatores psicossociais podem influenciar o aparecimento de pensamentos negativos também seriam úteis. Além disso, a aplicação da PNTQ em culturas diversas poderia eventualmente mostrar particularidades de padrões de pensamento a depender dos valores sociais das diferentes populações. Infelizmente o artigo que expôs os dados de validação da PNTQ nas inglesas não mostrou o percentual de respostas positivas na escala entre as puérperas deprimidas (Hall and Papageorgiou 2005). Isso fez com que a comparação dos dados não fosse possível. Contudo no estudo que explorou pensamentos negativos em puérperas inglesas sem depressão esses dados estavam disponíveis (Hall and Wittkowski 2006).

A maioria dos itens da PNTQ teve percentual de respostas positivas aproximado entre brasileiras e inglesas não deprimidas, mas alguns mostraram diferenças dignas de menção. Por exemplo, o item “eu não quero ficar sozinha com o meu bebê” foi marcado positivamente por 31% das brasileiras e apenas por 14% das inglesas, enquanto que o item “é chato ficar com o meu bebê” foi marcado por cerca de 5% das brasileiras e por 32% das inglesas. Esses dados

podem ser fruto de diferenças culturais como talvez maior frequência de disponibilidade de ajuda durante o pós-parto entre brasileiras, seja na forma de familiares ou de babás, levando a maior percepção de falta de companhia quando estão sozinhas entre as brasileiras, e maior cansaço físico e psíquico nos cuidados com os bebês entre as inglesas. O fato de estar presente em demasia na população de puérperas brasileiras sem depressão também colaborou para que o item “eu não quero ficar sozinha com o meu bebê” fosse o único sem apresentar diferença estatisticamente significativa em relação às deprimidas.

Esses dados podem servir de estímulo para pesquisadores interessados em estudar padrões de cognição, pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas em mulheres com DPP. Essa é uma área de estudo que merece ser mais intensamente explorada. Resta saber também se intervenções psicoterápicas que abordem os pensamentos disfuncionais do PNTQ podem ser úteis para o tratamento da DPP. Numa pesquisa recente, observou-se que quanto mais as mães pensavam que os seus bebês eram difíceis, mais elas avaliavam a si mesmas negativamente e mais sintomatologia depressiva elas referiam (Church et al 2005). Perceber seu bebê como difícil e perceber a si mesma como incapaz de dar conta do mesmo pode impedir o desenvolvimento de estratégias parentais competentes e diminuir o sentimento de domínio das tarefas maternas, levando a exacerbação dos pensamentos depressogênicos. Assim, como os problemas com os bebês estão ligados à depressão pós-parto especialmente quando as mulheres apresentam distorções cognitivas, uma intervenção que focasse especificamente esses esquemas cognitivos poderia aumentar a sensação de auto-eficácia materna e auxiliar as mães a adotarem expectativas mais realistas para si mesmas e para os seus bebês.

Espera-se que os pensamentos disfuncionais apresentados nesse estudo como mais associados à DPP possam servir de material para o terapeuta cognitivo abordar possíveis

distorções comuns em mulheres com esse transtorno. Os dados apresentados podem do mesmo modo ser utilizados como arcabouço para montagem de programas estruturados de terapia cognitivo-comportamental na depressão de mulheres no puerpério.

## 7. CONCLUSÕES

A partir deste estudo concluímos que:

1. A prevalência de depressão pós-parto na nossa população, de acordo com os critérios do DSM-IV, foi de 7,2%. Apresentaram mais depressão aquelas que tinham história anterior de transtorno psiquiátrico, história familiar de transtorno psiquiátrico e algum tipo de complicação clínica. Também tiveram prevalência maior as mulheres com história pregressa de abortamento espontâneo, as que tiveram parto transpluviano e as que estavam com mais de oito semanas de puerpério.
2. O *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* foi submetido a uma adaptação semântica para o português brasileiro e teve testes de confiabilidade com resultados satisfatórios. Pode ser considerado pronto para aplicação na nossa população com o objetivo de averiguar pensamentos disfuncionais no puerpério.
3. Os pensamentos negativos disfuncionais do *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* estão significativamente mais presentes nas puérperas deprimidas quando comparadas às puérperas sem depressão. A única exceção foi o item “eu não quero ficar sozinha com o meu bebê”.
4. Cerca de 30% das puérperas apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade com a utilização da MINI para o diagnóstico. Dentre os transtornos pesquisados, o transtorno de ansiedade generalizada teve a taxa mais elevada,

sendo observado em 16% das mulheres. O transtorno do pânico teve a taxa mais baixa dentre eles, com 3%.

5. Dentre as mulheres deprimidas, aproximadamente 90% tinham pelo menos um transtorno de ansiedade. Os que tiveram maior taxa entre elas foram o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social e o transtorno obsessivo compulsivo. A depressão apresentou correlação significativamente alta com todos os transtornos de ansiedade pesquisados.
6. Observa-se tendência ao maior aparecimento de pensamentos disfuncionais entre as mulheres que apresentam depressão em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada do que entre aquelas deprimidas sem esse transtorno.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR (2003): Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord* 17:461-478.
- Abramowitz JS, Larsen K, Moore KM (2006): Treatment of anxiety disorders in pregnancy and the postpartum. In: Hendrick V editor. *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum*. Tatowa: Humana Press, pp 83-108.
- Agoub M, Moussaoui D, Battas O (2005): Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 8:37-43.
- Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M (2001): Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 62:332-336.
- Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Tashman NA, Steinberg DL, et al (1999): Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behav Res Ther* 37:503-531.
- Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP, et al (2001): Treatment of depression in women: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 7:185-208.
- American-Psychiatric-Association (2002): *DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Amorim P (2000): Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22:106-115.
- Andreescu C, Lenze EJ, Dew MA, Begley AE, Mulsant BH, Dombrowski AY, et al (2007): Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: controlled study. *Br J Psychiatry* 190:344-349.
- Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B (1997): A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 314:932-936.
- Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E (1996): Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 169:36-41.
- Ayers S, Pickering AD (2001): Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 28:111-118.
- Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Ruther E (2006): Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *Eur Psychiatry* 21:495-500.
- Barbosa EM, Silva Mda C, Silva MR, Montenegro MC, Petribu K (2006): [Is postpartum depression in adolescents an issue of concern?]. *Rev Saude Publica* 40:935-936; author reply 936-937.
- Barclay LM, Lloyd B (1996): The misery of motherhood: alternative approaches to maternal distress. *Midwifery* 12:136-139.
- Barr LC, Goodman WK, Price LH (1993): The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 8 Suppl 2:79-82.
- Beck AT (1967): *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961): An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561-571.
- Beck CT (1996): Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nurs Res* 45:98-104.
- Beck CT (2001): Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50:275-285.
- Beck CT (2004): Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res* 53:28-35.
- Beck CT, Driscoll JW (2006): *Postpartum Mood And Anxiety Disorders: A Guide* First ed. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Beck CT, Gable RK (2000): Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 49:272-282.
- Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Kernan H, Riley J, Tronick EZ (2002): Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *J Affect Disord* 71:169-180.
- Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M (2008): Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 29:105-113.
- Blackburn IM, Eunson KM (1989): A content analysis of thoughts and emotions elicited from depressed patients during cognitive therapy. *Br J Med Psychol* 62 ( Pt 1):23-33.
- Bland JM, Altman DG (1997): Cronbach's alpha. *BMJ* 314:572.
- Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR (2000): Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 157:924-930.
- Boyce PM, Todd AL (1992): Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 157:172-174.
- Brandes M, Soares CN, Cohen LS (2004): Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health* 7:99-110.
- Brislin RW (1970): Back-Translation for Cross-Cultural Research *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1:185-216.
- Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G (2006): Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health* 9:253-263.
- Cantilino A, Barbosa EM, Petribu K (2007a): Postpartum depression in adolescents in Brazil: an issue of concern. *Arch Womens Ment Health* 10:307-308.
- Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB (2007b): Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcult Psychiatry* 44:672-684.
- Cantilino A, Sougey EB (2003): Escalas de triagem para depressão pós-parto. *Neurobiologia* 65:75-79.
- Cantilino A, Sougey EB (2006): Psicofarmacologia durante a gravidez e a lactação. In: Oliveira IRd, Sena EPd editors. *Manual de psicofarmacologia clínica*, Segunda edição ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp 276-283.
- Cantilino A, Sougey EB, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G (2003): Validação da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (versão em português) no Nordeste do Brasil. In: Psiquiatria AB editor. *XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. Goiânia.
- Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY (2000): Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* 49:395-399.
- Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ (2008): Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei Med J* 49:553-562.
- Church NF, Brechman-Toussaint ML, Hine DW (2005): Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *J Affect Disord* 87:65-72.

- Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL (2004): Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res* 31:117-133.
- Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, Rosenbaum JF (1994): Postpartum course in women with preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry* 55:289-292.
- Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE (2004): Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health (Larchmt)* 13:315-324.
- Condon J (2006): What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician* 35:690-692.
- Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A (1988): Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 152:799-806.
- Correia AL (2006): Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa-Paraíba. *Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento*, Vol Mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, p 107.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987): Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150:782-786.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J (2000): Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 27:104-111.
- Cruz EBdS, Simões GL, Faisal-Cury A (2005): Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 27:181-188.
- Cullinan R (1991): Health visitor intervention in postnatal depression. *Health Visit* 64:412-414.
- Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA (1998): Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 31:799-804.
- Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J (2003): The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev* 73:61-70.
- de Tychey C, Briancon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, de Luigi V, et al (2008): Quality of life, postnatal depression and baby gender. *J Clin Nurs* 17:312-322.
- Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAdS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW (2001): Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica" traduzida para o português *Revista Brasileira de Psiquiatria* 23:156-159.
- Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A (2008): Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*:CD001690.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO (2001): Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 104:243-249.
- Ellis BB, Minsel B, Becker P (1989): Evaluation of Attitude Survey Translations: An Investigation Using Item Response Theory *International Journal of Psychology* 24:665 - 684
- Emmanuel J, Simmonds S, Tyrer P (1998): Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry Suppl*:35-41.
- Essex MJ, Klein MH, Miech R, Smider NA (2001): Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *Br J Psychiatry* 179:151-156.
- Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M (2004): Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health* 7:123-131.
- Farmer A, Harris T, Redman K, Mahmood A, Sadler S, McGuffin P (2001): The Cardiff Depression Study: a sib-pair study of dysfunctional attitudes in depressed probands and healthy control subjects. *Psychol Med* 31:627-633.
- Fawcett J (1997): The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin Psychiatry* 58 Suppl 8:35-40.

- Fennell MJ, Campbell EA (1984): The cognitions questionnaire: specific thinking errors in depression. *Br J Clin Psychol* 23 ( Pt 2):81-92.
- Field T (2008): Breastfeeding and antidepressants. *Infant Behav Dev* 31:481-487.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Fernandez M (2007): Depressed mothers' newborns show less discrimination of other newborns' cry sounds. *Infant Behav Dev* 30:431-435.
- Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S (1996): Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. *Adolescence* 31:903-911.
- Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Schanberg S, et al (1988): Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Dev* 59:1569-1579.
- Figueiredo B, Pacheco A, Costa R (2007): Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 10:103-109.
- Fisher JR, Feekery CJ, Rowe-Murray HJ (2002): Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *J Paediatr Child Health* 38:140-145.
- Fleming AS, Klein E, Corter C (1992): The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 33:685-698.
- Furray A, Ostroff RB (2007): The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *J ECT* 23:188-193.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T (2005): Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 106:1071-1083.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM (1998): A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 49:59-72.
- Godfroid IO, Hubain PP, Dramaix M, Linkowski P (1997): [Sleep during post-partum depression]. *Encephale* 23:262-266.
- Goodman JH (2004): Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 33:410-420.
- Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PM (2000): Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *Br J Psychiatry* 177:499-504.
- Gordon RE, Gordon KK (1959): Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 77:1074-1083.
- Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer MH, et al (2004): Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry Suppl* 46:s17-23.
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE (2003): The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 6:263-274.
- Grant KA, McMahon C, Austin MP (2008): Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* 108:101-111.
- Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW (1996): Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 347:930-933.
- Grigoriadis S, Ravitz P (2007): An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Can Fam Physician* 53:1469-1475.
- Halbreich U, Karkun S (2006): Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 91:97-111.
- Hall PL, Papageorgiou C (2005): Negative thoughts after childbirth: development and preliminary validation of a self-report scale. *Depress Anxiety* 22:121-129.
- Hall PL, Wittkowski A (2006): An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *J Midwifery Womens Health* 51:321-330.

- Halligan SL, Herbert J, Goodyer IM, Murray L (2004): Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biol Psychiatry* 55:376-381.
- Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M (1992): Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 160:777-780.
- Harris TO, Borsanyi S, Messari S, Stanford K, Cleary SE, Shiers HM, et al (2000): Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *Br J Psychiatry* 177:505-510.
- Hasselmann MH, Werneck GL, da Silva CV (2008): Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saude Publica* 24 Suppl 2:S341-352.
- Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA (2005): Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *J Hum Lact* 21:444-449; quiz 450-444.
- Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D (2003): Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 39:1083-1094.
- Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R (2001): Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 42:871-889.
- Helmchen H, Linden M (2000): Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry* 41:1-7.
- Helzer JE, Robins LN, Taibleson M, Woodruff RA, Jr., Reich T, Wish ED (1977): Reliability of psychiatric diagnosis. I. A methodological review. *Arch Gen Psychiatry* 34:129-133.
- Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S (2000): Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety* 11:66-72.
- Henshaw C (2003): Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health* 6 Suppl 2:S33-42.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V (2004): The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 80:65-73.
- Hertzberg T, Wahlbeck K (1999): The impact of pregnancy and puerperium on panic disorder: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 20:59-64.
- Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I (2004): Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 83:257-261.
- Hiscock H, Wake M (2001): Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics* 107:1317-1322.
- Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M (1999): Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord* 54:21-28.
- Jorge MR (1998): Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica* 25:233-239.
- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G (2001): Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80:251-255.
- Kendall-Tackett KA (2007): Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse* 8:344-353.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C (1987): Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 150:662-673.
- Kennerley H, Gath D (1989): Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* 155:356-362.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB (1993): Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 29:85-96.

- Kumar R, Robson KM (1984): A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 144:35-47.
- Kumari N, Blackburn IM (1992): How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. *Br J Med Psychol* 65 ( Pt 2):167-176.
- Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J (2005): Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 66:428-435; quiz 546.
- Landis JR, Koch GG (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159-174.
- Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T (2001): A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 158:220-226.
- Leonard LG (1998): Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 27:329-337.
- Lovestone S, Kumar R (1993): Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatry* 163:210-216.
- Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al (2001): Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1367-1374.
- Maggioni C, Margola D, Filippi F (2006): PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 27:81-90.
- Mahomed K, Gulmezoglu AM, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Hofmeyr GJ (1995): Labor experience, maternal mood and cortisol and catecholamine levels in low-risk primiparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 16:181-186.
- Maier W, Falkai P (1999): The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *Int Clin Psychopharmacol* 14 Suppl 2:S1-6.
- Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L (1999): Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res* 89:49-58.
- Martin M, Baca E, Alvarez E, Bousoño M, Eguiluz I, Roca M, et al (2008): Risk factors and outcome predictors in the long-term depression. *Actas Esp Psiquiatr* 36 Suppl 2:12-18.
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ (2003): Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 74:139-147.
- McDougle CJ, Barr LC, Goodman WK, Price LH (1999): Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology* 24:1-24.
- McIntosh J (1993): Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *J Adv Nurs* 18:178-184.
- Metz A, Sichel DA, Goff DC (1988): Postpartum panic disorder. *J Clin Psychiatry* 49:278-279.
- Miller RL, Pallant JF, Negri LM (2006): Anxiety and stress in the postpartum: is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry* 6:12.
- Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L (2004): The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 65:1236-1241.
- Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD (2006): [Prevalence of postpartum depression and associated factors]. *Rev Saude Publica* 40:65-70.
- Murray L (1992): The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 33:543-561.
- Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P (1996a): The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 67:2512-2526.

- Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P (1996b): The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 37:927-935.
- Navarro P, Garcia-Esteve L, Ascaso C, Aguado J, Gelabert E, Martin-Santos R (2008): Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord* 109:171-176.
- Nhiwatiwa S, Patel V, Acuda W (1998): Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire: a prospective cohort study from Zimbabwe. *J Epidemiol Community Health* 52:262-266.
- Northcott CJ, Stein MB (1994): Panic disorder in pregnancy. *J Clin Psychiatry* 55:539-542.
- O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A (2000): Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 57:1039-1045.
- O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ (1990): Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 99:3-15.
- Organização-Mundial-de-Saúde (1993): *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA (2006): Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 118:659-668.
- Peindl KS, Zolnik EJ, Wisner KL, Hanusa BH (1995): Effects of postpartum psychiatric illnesses on family planning. *Int J Psychiatry Med* 25:291-300.
- Pitt B (1968): "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 114:1325-1335.
- Posmontier B (2008): Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 53:310-318.
- Rahman A, Iqbal Z, Harrington R (2003): Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 33:1161-1167.
- Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, et al (2008): Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 118:459-468.
- Regmi S, Sigl W, Carter D, Grut W, Seear M (2002): A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health* 7:378-382.
- Reilly-Harrington NA, Alloy LB, Fresco DM, Whitehouse WG (1999): Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *J Abnorm Psychol* 108:567-578.
- Reynolds JL (1997): Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ* 156:831-835.
- Rezende Jd, Montenegro CAB (2006): *Obstetrícia Fundamental*, Décima ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Righetti-Veltima M, Bousquet A, Manzano J (2003): Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12:75-83.
- Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J (2002): Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 70:291-306.
- Riskind JH, Beck AT, Berchick RJ, Brown G, Steer RA (1987): Reliability of DSM-III diagnoses for major depression and generalized anxiety disorder using the structured clinical interview for DSM-III. *Arch Gen Psychiatry* 44:817-820.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004): Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 26:289-295.
- Rocha FL, Vorcaro CM, Uchoa E, Lima-Costa MF (2005): Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr* 27:222-224.

- Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, Romach MK (2003): Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 6:51-57.
- Ross LE, McLean LM (2006): Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 67:1285-1298.
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJd (2007): Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 29:274-280.
- Santos MFS, Martins FC, Pasquali L (1999): Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil *Revista de Psiquiatria Clínica* 26:32-40.
- Sharma V, Khan M, Corpse C, Sharma P (2008): Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression. *Bipolar Disord* 10:742-747.
- Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmucker G, Allen H, Kumar R (1995): The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J Child Psychol Psychiatry* 36:1315-1336.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al (1998): The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
- Sholomskas DE, Wickamaratne PJ, Dogolo L, O'Brien DW, Leaf PJ, Woods SW (1993): Postpartum onset of panic disorder: a coincidental event? *J Clin Psychiatry* 54:476-480.
- Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF (1993a): Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 54:156-159.
- Sichel DA, Cohen LS, Rosenbaum JF, Driscoll J (1993b): Postpartum onset of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics* 34:277-279.
- Silva EMd, Sougey EB, Carvalho TFRd, Bandim JM (1998): Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos *Neurobiologia* 61:107-114.
- Sinclair D, Murray L (1998): Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry* 172:58-63.
- Spanemberg L (2008): Depressão pós-parto: considerações terminológicas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 30:85-86.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB (1992): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 49:624-629.
- Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ (2005): The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 192:522-526.
- Stuart S, O'Hara MW (1995): Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 52:75-76.
- Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T (2002): Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Hum Reprod* 17:2580-2584.
- Sun HS, Tsai HW, Ko HC, Chang FM, Yeh TL (2004): 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* 3:328-336.
- Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED (2008): Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 8:1.
- Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS (2007): Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry* 68:132-138.
- Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M (1999): [Prevalence and risk factors for depression in postpartum women]. *Actas Esp Psiquiatr* 27:299-303.
- Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG (2006): Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 21:171-175.

- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR (2005): Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 19:295-311.
- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K (2003): Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health* 6:43-49.
- Wickberg B, Hwang CP (1996): Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 39:209-216.
- Wiemer-Hastings K, Janit AS, Wiemer-Hastings PM, Cromer S, Kinser J (2004): Automatic classification of dysfunctional thoughts: a feasibility test. *Behav Res Methods Instrum Comput* 36:203-212.
- Williams KE, Koran LM (1997): Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 58:330-334; quiz 335-336.
- Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, et al (2006): Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol* 26:353-360.
- Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH (1999): Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 60:176-180.
- Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH (1996): Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *J Affect Disord* 41:173-180.
- Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH (2004): Timing of depression recurrence in the first year after birth. *J Affect Disord* 78:249-252.
- Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N (2000): Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord* 58:145-154.
- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al (2001): Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158:1856-1863.
- Zambaldi CF (2008): Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto. *Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento*, Mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, p 85.
- Zelkowitz P, Milet TH (1996): Postpartum psychiatric disorders: their relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the spouses. *J Abnorm Psychol* 105:281-285.
- Zelkowitz P, Milet TH (2001): The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *J Nerv Ment Dis* 189:575-582.

**ANEXO 1:**

**Questionário bio-socio-demográfico**

## QUESTIONÁRIO BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de realização da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

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 ( ) Mais de 1e até 5 salários ( )  
Mais de 5 e até 10 salários ( ) Mais de 10 e até 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 2:**  
**SCID-I para episódio depressivo**

## A. EPISÓDIOS DE HUMOR

### EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

### CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

*NOTA:* Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

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.

**A1** 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.

? - +

**A1**

**A2** ...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?

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

(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)

? - +

**A2**

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 período 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

(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

? - +

	comer? Comia (mais/menos) que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)	ganhos de peso esperados.		<b>A3</b>
<b>A4</b>	...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequente, 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	? - +	<b>A4</b>
<b>A5</b>	...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)	? - +	<b>A5</b>
	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.		
<b>A6</b>	...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)	(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias	? - +	<b>A6</b>
<b>A7</b>	...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)  SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (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)	? - +	<b>A7</b>
		NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.		
<b>A8</b>	...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)  SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?	(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)	? - +	<b>A8</b>
<b>A9</b>	...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?  SE SIM: Você fez alguma coisa para 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	? - +	

A9

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).

? - +

A10

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 clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A11

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 B<sub>12</sub>), 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,

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e

hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

**A12**

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.

? - +

**A13**

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)**

? - +

**A14**

**A15**

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)

**A15**

**ANEXO 3:**  
**MINI para transtornos de ansiedad**

## E. PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

E1	Já teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises atingiam a máxima intensidade em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE OS ATAQUES ATINGIREM O MÁXIMO DE INTENSIDADE EM MENOS DE 10 MINUTOS	NÃO	SIM	1
SE <b>E1</b> = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as tivesse provocado ?	NÃO	SIM	2
SE <b>E2</b> = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já teve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE <b>E3</b> = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	<b>Durante a crise em que se sentiu pior :</b>			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos húmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contracções musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou quase a desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controlo ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigueiros ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha sensação de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE <b>E5</b> = “NÃO”, PASSAR a E7.				
E6	Durante o último mês, teve várias crises dessas (pelo menos 2 vezes), sentindo constantemente medo de ter outra ?	NÃO	SIM	17
SE <b>E6</b> = “SIM”, PASSAR A F1.				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18

**F. AGORAFOBIA**

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, à espera numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, a andar em transportes públicos ou de carro?	NÃO	SIM	19
----	---	-----	-----	----

SE **F1** = “**NÃO**”, COTAR “**NÃO**” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, as evita, sente um intenso mal estar quando as enfrenta ou precisa de estar acompanhado(a) quando tem que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	--	-----	-----	----

*Agorafobia  
Actual*

**F2** (Agorafobia actual) É COTADA “**NÃO**”  
e  
**E6** (Perturbação de Pânico actual) É COTADA “**SIM**” ?

NÃO	SIM
<b>PERTURBAÇÃO DE PÂNICO ACTUAL sem Agorafobia</b>	

**F2** (Agorafobia actual) É COTADA “**SIM**”  
e  
**E6** (Perturbação de Pânico actual) É COTADA “**SIM**” ?

NÃO	SIM
<b>PERTURBAÇÃO DE PÂNICO ACTUAL com Agorafobia</b>	

**F2** (Agorafobia actual) É COTADA “**SIM**”  
e  
**E5** (Perturbação de Pânico, Vida Inteira) É COTADA “**NÃO**” ?

NÃO	SIM
<b>AGORAFOBIA ACTUAL sem história de Perturbação de Pânico</b>	

**G. FOBIA SOCIAL**

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por ser o centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo quando devia falar diante de um grupo de pessoas, comer com outros ou em público, ou escrever quando alguém o(a) estava a observar ?	→ NÃO	SIM	1
----	---	----------	-----	---

G2	Pensa que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
----	--	----------	-----	---

G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo provoca-lhe um sofrimento importante ou perturba-o(a) de maneira significativa no trabalho ou nas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>FOBIA SOCIAL ACTUAL</b>	

### H. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, indesejados, inapropriados, intrusivos ou incômodos ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a ideia de que estava sujo(a) <b>ou</b> que tinha micróbios <b>ou</b> medo de contaminar os outros <b>ou</b> de agredir alguém mesmo contra a sua vontade <b>ou</b> agir impulsivamente <b>ou</b> medo ou superstição de ser responsável por algo que corra mal <b>ou</b> ainda de ser invadido por ideias obsessivas sexuais, dúvidas irreprimíveis <b>ou</b> uma necessidade de colecionar <b>ou</b> ordenar as coisas <b>ou</b> obsessões religiosas?	NÃO	SIM	1
----	---	-----	-----	---

Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida quotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o doente pode ter algum prazer e desejar resistir apenas pelas suas consequências negativas

SE **H1** = “NÃO”, PASSAR A **H4**.

H2	Tentou, mas não conseguiu, resistir a algumas dessas ideias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
----	--	-----	-----	---

SE **H2** = “NÃO”, PASSAR A **H4**

H3	Acha que essas ideias são o produto dos seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
----	--	-----	-----	---

H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

**H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?**

→  
NÃO    SIM

H5	Pensa que essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
----	--	----------	-----	---

H6 Essas ideias invasivas ou comportamentos repetitivos perturbam-no(a) significativamente no trabalho, nas suas actividades quotidianas, nas relações sociais ou ocupam-no(a) mais do que uma hora por dia ? NÃO SIM 6

H6 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA ACTUAL</b>	

### I. ESTADO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (opção)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EX DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, VIOLAÇÃO, ATENTADO, FICAR “REFÉM”, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO ENVOLVENTE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2

#### I3 Durante o último mês:

- |   |   |     |     |        |
|---|---|-----|-----|--------|
| a | Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?                      | NÃO | SIM | 3      |
| b | Teve dificuldades em lembrar-se exactamente do que se passou?   | NÃO | SIM | 4      |
| c | Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?  | NÃO | SIM | 5      |
| d | Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?       | NÃO | SIM | 6<br>7 |
| e | Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?   | NÃO | SIM |        |
| f | Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira? | NÃO | SIM | 8      |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?

→  
NÃO SIM

#### I4 Durante o último mês:

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Teve dificuldade em dormir ?  | NÃO | SIM | 9  |
| b | Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? | NÃO | SIM | 10 |

c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	<b>HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4</b>	NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas incomodaram-no(a) significativamente no seu trabalho, nas suas actividades quotidianas ou nas suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

**I5 É COTADO SIM?**

NÃO	SIM
<b>ESTADO DE STRESS PÓS TRAUMÁTICO ACTUAL</b>	

### O. PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) em relação a problemas da vida quotidiana trabalho / escola, em casa, ou teve a impressão de se preocupar demasiado a propósito de tudo e de nada?	NÃO	SIM	1
		NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA É CONSEQUÊNCIA DE UMA DAS PERTURBAÇÕES EXPLORADAS ATÉ AQUI, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (PERTURBAÇÃO DE PÂNICO), DE SE SENTIR MAL EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (POC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC...			
	b	Tem este tipo de preocupações quase todos os dias?	NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) impede(m)-(n)o de se concentrar no que tem para fazer?	NÃO	SIM	3
		DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DE PERTURBAÇÕES EXPLORADAS ANTERIORMENTE			
O3		<b>Ao longo dos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), acontecia-lhe frequentemente:</b>			
	a	Sentir –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Ter os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentir-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Ter dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “ficar em branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficar particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8

f Ter problemas de sono ?

NÃO

SIM

9

**HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?**

NÃO

SIM

**ANSIEDADE GENERALIZADA  
ACTUAL**

**ANEXO 4:**  
**Questionário de pensamentos negativos pós-natais**

## QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS NEGATIVOS PÓS-NATAIS

Abaixo estão alguns pensamentos que podem ocorrer com as mulheres logo após o nascimento de um bebê. Por favor, leia cada item cuidadosamente. <b>Indique o quanto você tem experimentado cada pensamento nas duas últimas semanas marcando um X na coluna:</b>	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
1. Eu não quero ficar sozinha com o meu bebê				
2. É impossível explicar como estou me sentindo				
3. Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê				
4. É chato ficar com o meu bebê				
5. Não é normal pensar do jeito que eu penso				
6. Estou presa nessa situação com o meu bebê				
7. As coisas nunca vão melhorar				
8. Eu sou uma mãe ruim				
9. Eu posso causar problemas emocionais para a criança				
10. Eu não consigo cuidar do meu bebê				
11. Deve haver alguma coisa errada comigo				
12. Minha situação está completamente fora de controle				
13. Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca				
14. Eu não deveria ter pensado em ter o bebê				
15. Meus pensamentos negativos são incontrolláveis				
16. Sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o meu bebê				
17. Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, conseqüências sérias poderiam acontecer				

Hall, P.L., Papageorgiou, C. (2005) Negative thoughts after childbirth: Development and preliminary validation of a self-report scale. **Depression and Anxiety** 22:121-129.

Impresso com a permissão de Pauline L. Hall e de John Wiley & Sons, Inc.

**ANEXO 5:**

**Termo de consentimento livre e esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para maiores de 18 anos)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecida do projeto de pesquisa com título *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos* desenvolvido pelo pesquisador Amaury Cantilino da Silva Junior do Curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da UFPE, quanto aos seguintes aspectos:

1. O projeto tem como objetivo observar a taxa de depressão e de problemas de ansiedade no pós-parto, além de avaliar um questionário para ajudar a identificar pensamentos negativos que mulheres podem ter durante o período do pós-parto;
2. Durante a minha participação na pesquisa serei solicitada a responder perguntas de quatro formulários. No primeiro deles, serão feitas perguntas sobre alguns de meus dados sociais e econômicos, além de questões sobre dados médicos de minha gravidez e do meu bebê. Em dois outros formulários, as perguntas serão sobre sintomas de depressão e de ansiedade. O outro formulário será preenchido por mim, é um questionário sobre possíveis pensamentos que eu posso ter relacionados a mim e ao bebê;
3. Durante a entrevista e o preenchimento dos formulários, algumas perguntas podem me causar desconforto. Terei liberdade de me recusar a responder qualquer uma das perguntas que não me sinta a vontade para responder;
4. O pesquisador poderá solicitar que, após uma semana, eu preencha novamente um questionário em casa e o poste de volta por correios, para isso receberei o questionário e um envelope pré-pago. Estou ciente de que só farei isso se eu quiser;
5. Terei liberdade para me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao meu cuidado e ao atendimento do meu bebê;
6. Caso seja diagnosticada como tendo depressão terei garantia de ser encaminhada e de receber atendimento no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital das Clínicas. Estou ciente de que só irei ao atendimento se assim eu quiser;
7. Terei garantia de sigilo quanto às informações envolvidas na pesquisa;
8. Caso ache necessário entrar em contato com o pesquisador responsável (Amaury Cantilino) poderei telefonar para o número (81) 3463.4706; caso queira, também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética do IMIP pelo telefone: (81) 2122.4756.

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura da declarante

**Qualificação da declarante:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**Declaração do pesquisador:**

Declaro, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cumprindo as exigências da res. 196/96 do Ministério da Saúde e que obtive a assinatura da declarante acima qualificada de forma apropriada e voluntária.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**ANEXO 6:**

**Termo de consentimento livre e esclarecido para menores de 18 anos**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para menores de 18 anos)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de representante de \_\_\_\_\_, que fui devidamente esclarecido(a) do projeto de pesquisa com título *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e co-morbidade com transtornos ansiosos* desenvolvido pelo pesquisador Amaury Cantilino da Silva Junior do Curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da UFPE, quanto aos seguintes aspectos:

1. O projeto tem como objetivo observar a taxa de depressão e de problemas de ansiedade no pós-parto, além de avaliar um questionário para ajudar a identificar pensamentos negativos que mulheres podem ter durante o período do pós-parto;
2. Durante a participação na pesquisa minha representada será solicitada a responder perguntas de quatro formulários. No primeiro deles, serão feitas perguntas sobre alguns de seus dados sociais e econômicos, além de questões sobre dados médicos de sua gravidez e do seu bebê. Em outros dois formulários, as perguntas serão sobre sintomas de depressão e de ansiedade. O outro formulário será preenchido por ela, é um questionário sobre possíveis pensamentos que a mulher pode ter relacionados a ela e ao bebê;
3. Durante a entrevista e o preenchimento dos formulários, algumas perguntas podem causar desconforto. Ela terá liberdade de se recusar a responder qualquer uma das perguntas que não se sinta a vontade para responder;
4. O pesquisador poderá solicitar que, após uma semana, ela preencha novamente um questionário em casa e o poste de volta por correios, para isso ela receberá o questionário e um envelope pré-pago. Estou ciente de que ela fará isso apenas se quiser;
5. Terei liberdade para recusar ela participe ou para retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao cuidado dela e ao atendimento do bebê;
6. Caso seja diagnosticada como tendo depressão ela terá garantia de ser encaminhada e de receber atendimento no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital das Clínicas. Estou ciente de que ela só irá ao atendimento se assim ela quiser;
7. Terei garantia de segredo quanto às informações envolvidas na pesquisa;
8. Caso ache necessário entrar em contato com o pesquisador responsável (Amaury Cantilino) poderei telefonar para o número (81) 3463.4706; caso queira, também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética do IMIP pelo telefone: (81) 2122.4756.

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me (nos) foi explicado consinto voluntariamente que ela participe desta pesquisa.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) representante

**Qualificação da puérpera (sujeito da pesquisa):**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**Qualificação do representante:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**Declaração do pesquisador:**

Declaro, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cumprindo as exigências da res. 196/96 do Ministério da Saúde e que obtive a assinatura da declarante acima qualificada de forma apropriada e voluntária.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_