

**Universidade Federal de Pernambuco**

**Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências  
do Comportamento**

**Carla Fonseca Zambaldi**

**Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto**

Recife

2008

**Carla Fonseca Zambaldi**

**Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto**

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

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Everton Botelho Sougey

Recife

2008

**Zambaldi, Carla Fonseca**

**Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto / Carla Fonseca Zambaldi. – Recife : O Autor, 2008.**

**85 folhas. Il: fig., tab.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2008.**

**Inclui bibliografia e anexos.**

**1. Depressão pós-parto. 2. Sintomas obsessivo-compulsivos no pós-parto. 3. Psicose obsessiva-compulsiva. I. Título.**

**616.891.7  
618.76**

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

**UFPE  
CCS2008-142**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

**PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR**

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

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

**COMPORTAMENTO**

**COORDENADOR**

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

**CORPO DOCENTE**

Prof. Dr. Adelson Antônio as Silva Santos

Prof. Dra. Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Prof. Dr. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Prof. Dr. Luís Ataíde Júnior

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Raul M. de Castro

Profa. Dra. Sheva Maia da Nóbrega

Profa. Dra. Sílvia Regina de Moraes

## **Dedicatória**

Ao meu amado Orlando

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, que tem conduzido todos os passos de minha vida, me dando sabedoria, discernimento e paz.

Ao meu orientador Everton, que me deu acolhida e oportunidade quando eu cheguei a Recife e acompanhou com entusiasmos e dedicação cada passo desta pesquisa.

Ao amigo Amaury Cantilino, que acreditou em meu trabalho, me deu força e apoio, durante toda a caminhada.

Aos meus pais, que são meus exemplos.

Às mulheres que contribuíram para esta pesquisa, que me ensinaram muito com suas histórias e experiências de vida.

“Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas elas vão sempre mudando.”

Riobaldo – Grande Sertão Veredas, João Guimarães Rosa.

## **Resumo**

A depressão pós-parto (DPP) é o transtorno afetivo mais comum no puerpério. Tem prevalência de cerca de 13% e causa impacto significativo na qualidade de vida da mulher, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. Tem sido observado presença de sintomas obsessivo-compulsivos no quadro clínico da DPP, em especial, pensamentos obsessivos agressivos envolvendo o recém-nascido. Este estudo foi realizado com objetivo de estudar a DPP e sintomas obsessivo-compulsivos. Foi entrevistada uma amostra de conveniência de 400 puérperas, oriundas do serviço público e privado da região metropolitana do Recife. O diagnóstico de DPP, através SCID-I, a presença de obsessões e compulsões foi verificado pela Y-BOCKS checklist e o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo foi feito através da MINI. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2007 a julho de 2008. Foi observado prevalência da DPP de 7,3%. As mulheres com maior risco de apresentar DPP foram aquelas: que tinham história prévia de transtorno psiquiátrico; que tinham familiares com algum transtorno psiquiátrico; que tinham algum problema clínico; que eram separadas; que tiveram parto normal e as que tinham história prévia de abortamento espontâneo. Os fatores que não se relacionaram com o surgimento de DPP incluíram idade, paridade, escolaridade, variáveis econômicas, complicações obstétricas, tratamento para engravidar e gravidez não desejada. Desta amostra, 254 (63,5%) mulheres apresentava algum sintoma obsessivo-compulsivo. A ocorrência dos sintomas obsessivo-compulsivos foi mais freqüente nas mulheres com DPP de modo estatisticamente significativa. Os temas mais freqüentes foram obsessões com agressão, obsessão com contaminação e obsessão diversas, compulsão de verificação e controle e compulsão de limpeza/lavagem. Na amostra total detectamos prevalência de 9% de TOC. A proporção de TOC comorbido com a DPP foi de 53,8%. Concluímos que a DPP está relacionado a alta freqüência de sintomas obsessivo-compulsivos e a pesquisa destes sintomas deve se tornar parte da entrevista dos profissionais de saúde que assistem mulheres no período do pós-parto.

## **Palavras-Chave**

Depressão pós-parto; sintomas obsessivo-compulsivos no pós-parto; sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto

## **Abstract**

Postpartum depression (PPD) is the most common affective disorder in the puerperium. It affects between 13% of women, is associated to decrease in quality of life, disturbing in family dynamics, and can influence negatively in the mother-infant interaction. PPD is not recognized as a subtype of depression. However, both in research and in practice, a tradition exists to consider postpartum depression a distinct diagnosis. Some researches also assert that the symptoms of postpartum depression are qualitatively different from non-postpartum depression. A specific characteristic of clinical features is presence of obsessive-compulsive symptoms (OCS), and intrusive harm-related obsessional thoughts are especially common among women with PPD. In this study, a convenience sample of 400 new mothers was recruited from public and private medical institutions. They were interviewed using SCID-I for diagnosis PPD, Y-BOCS checklist for identify obsessions and/or compulsions, and MINI for diagnosis of obsessive-compulsive disorder (OCD). Twenty nine (7,3%) met diagnostic criteria for PPD. In our sample, previous or familiar history of psychiatric disorder, history of clinical disease, being separated, history of abortion and normal delivery was associated to the occurrence of PPD. Factors, such as obstetric complications in pregnancy or childbirth, inter-occurrences with the newborn, unwished pregnancy, and the socio-economic condition did not show significant association with the PPD. Obsessive-compulsive symptom were reported by depressed mother (n=26; 89,6%) significantly more frequent than non-depressed mother (n=228; 61,5%),  $p < 0,001$ . Aggressive, contamination and miscellaneous obsessions, and cleaning/washing and checking compulsion were the most frequent obsessive-compulsive symptoms in PPD. Of the 400 postpartum women, 36 (9%) met diagnostic criteria for OCD according MINI and 53,8% had comorbid OCD and postpartum depression. Our conclusion was that although obsessive-compulsive symptoms are common in postpartum mothers it is significantly more frequent in women with PPD. Ask for this symptoms have to be a routine by professional that take care of postartum women.

## **Key-Words**

Postpartum Depression; obsessive-compulsive symptoms in postpartum; obsessive-compulsive symptoms in postpartum depression.

## Sumário

Lista de abreviaturas.....	xi
Lista de tabelas.....	xii
Lista de figuras.....	xiv
<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 - DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP) .....</b>	<b>16</b>
2.1 Conceito .....	16
2.2 Prevalência .....	16
2.3 Características Clínicas .....	18
2.4 Etiologia .....	19
2.5 Fatores de risco .....	20
2.6 Repercussões na interação mãe-bebê .....	20
2.7 Prevenção .....	22
2.8 Tratamento .....	23
<b>3 - SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS .....</b>	<b>25</b>
3.1 Conceito .....	25
3.2 Sintomas obsessivo-compulsivos no puerpério .....	27
<b>4 - OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
4.1 Objetivos gerais .....	30
4.2 Objetivos específicos .....	30
<b>5 - METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
5.1 Tipo de estudo .....	31
5.2 População do estudo .....	31
5.3 Local e Período do desenvolvimento da pesquisa .....	31
5.4 Critérios de inclusão .....	31
5.5 Critérios de exclusão .....	32
5.6 Instrumentos de coleta de dados .....	32
5.6.1- Questionário bio-sócio-demográfico .....	32
5.6.2- Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV	

para episódio depressivo .....	32
5.6.3- Entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais para transtorno obsessivo-compulsivo .....	33
5.6.4 Lista de Yale-Brown de obsessões e compulsões .....	33
5.7 Procedimentos .....	33
5.8 Aspectos éticos e legais .....	34
5.9 Método estatístico .....	35
5.9.1- Variáveis .....	35
5.9.2- Cálculo da amostra .....	35
5.9.3- Análise estatística .....	36
<b>6 - RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
6.1 Caracterização da amostra .....	37
6.2 Prevalência da Depressão pós-parto .....	39
6.3 Dados bio-sócio-demográficos relacionados à depressão pós-parto.....	39
6.4 Prevalência sintomas obsessivo-compulsivos .....	44
<b>7 - DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>8 - CONCLUSÕES .....</b>	<b>57</b>
<b>9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>58</b>
<b>10- ANEXOS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO A-</b> Questionário bio-socio-demográfico .....	68
<b>ANEXO B-</b> SCID-I para transtornos depressivo.....	69
<b>ANEXO C-</b> MINI para transtorno obsessivo-compulsivo .....	75
<b>ANEXO D-</b> Lista de obsessões e compulsões Yale-Brown (Y-BOCKS) ..	77
<b>ANEXO E-</b> Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	82
<b>ANEXO F-</b> Carta de aprovação Comitê de Ética e Pesquisa Hospital Agamenon Magalhães .....	83
<b>ANEXO G-</b> Carta de aprovação Comitê de Ética e Pesquisa IMIP.....	85

## **Lista de abreviaturas**

CID-10: 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DPP: Depressão pós-parto

DSM-IV: 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association*

ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MINI: Entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais

SCID-I : Entrevista Clínica semi-estruturada baseada no DSM-IV para Transtornos do eixo I

TOC: Transtorno obsessivo-compulsivo

Y-BOCKS: Lista de Yale-Brown de obsessões e compulsões

## Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição das mulheres entrevistadas segundo os dados obstétricos, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE .....	38
Tabela 2 – Avaliação da depressão pós-parto segundo história de problemas clínicos e transtorno psiquiátrico, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	40
Tabela 3 - Avaliação da depressão pós-parto segundo a faixa etária, estado civil e escolaridade, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE .....	41
Tabela 4 – Avaliação da depressão pós-parto segundo os dados sócio-demográficos, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	42
Tabela 5 – Avaliação da depressão pós-parto segundo dados relacionadas com o parto, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE .....	43
Tabela 6 – Avaliação da depressão pós-parto segundo intercorrências durante a gravidez ou parto, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	43
Tabela 7 – Avaliação do episódio de depressão pós-parto segundo às questões relacionadas com a gravidez, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	44
Tabela 8 – Avaliação das obsessões no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	46
Tabela 9 – Itens das obsessões com agressão no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro de 2007 a	

julho de 2008, Recife/PE..... 47

Tabela 10 – Avaliação das compulsões no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE..... 48

Tabela 11 – Avaliação da época de início dos sintomas obsessivos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE..... 49

Tabela 12 – Avaliação da época de início dos sintomas compulsivos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE..... 50

## Lista de figuras

Figura 1 – Distribuição das mulheres segundo a instituição onde foi realizada a entrevista, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	37
Figura 2 – Distribuição das mulheres entrevistadas segundo o diagnóstico de depressão pós-parto, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.....	39

## 1 - INTRODUÇÃO

O pós-parto é um período vulnerável na vida da mulher para o desenvolvimento de transtornos mentais. Kendel et al (1987) chegaram a observar que o pós-parto é um período de maior risco para internações psiquiátricas para a mulher.

Os transtornos afetivos são os transtornos mentais mais comuns no pós-parto. Eles têm sido tipicamente divididos em três categorias: *Maternity Blues*, depressão pós-parto (DPP) e psicose puerperal (ROBISON & STEWART, 1986; LLEWELLY et al., 1997; NONAC & STONE, 1998).

*Maternity Blues* é uma condição comum, ocorre em 50 a 80% das mulheres, inicia-se nos primeiros dias após o parto e termina no 7º a 10º dia. Labilidade do humor, irritabilidade, choro fácil e ansiedade são os principais sintomas. O transtorno é considerado benigno devido sua transitoriedade e não requer tratamento farmacológico, mas tem sido considerado como um fator predisponente para o desenvolvimento da DPP (HENSHAW, 1986).

A depressão pós-parto é um episódio depressivo que ocorre no período puerperal e é o transtorno mental mais freqüente nesta época da vida da mulher.

Psicose puerperal ocorre em 0,1-0,2% das mulheres e, normalmente, inicia-se nos primeiros dias após o parto. A mulher apresenta idéias paranóides, de grandeza ou delírios bizarros, alterações de humor, confusão mental, comportamento desorganizado (BROCKINGTON et al., 1981; SIT et al., 2006). Primiparidade, complicações na gestação e no parto, parto prematuro, história prévia de transtorno bipolar e história familiar de transtorno psiquiátrico são considerados como fatores de risco. É um transtorno grave devido ao risco de suicídio e infanticídio e geralmente requer hospitalização.

Os transtornos mentais no pós-parto ainda são pouco diagnosticados e tratados (HEARN et al., 1998), situação esta que pode colaborar para maior risco de repercussões negativas na vida da mulher, na dinâmica familiar, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança.

## 2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

### 2.1 CONCEITO

A depressão pós-parto (DPP) é o transtorno de humor mais freqüente associado ao puerpério. A DPP não é considerada uma categoria diagnóstica específica. O 4º Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (APA, 2000), da *American Psychiatric Association*, não a considera um subtipo de depressão como a depressão melancólica, depressão atípica e a depressão psicótica. O DSM-IV apenas permite acrescentar ao episódio depressivo o especificador “com início no pós-parto”. A 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1993) sob o código F53.0 considera a depressão pós-natal incluída na denominação “Transtorno mental e de comportamento associado ao puerpério e não classificado em outro local”.

É denominado DPP o episódio depressivo sem sintomas psicóticos diagnosticado no pós-parto (POPE, 2000), mesmo que os sintomas depressivos tenham iniciado antes do parto. Não há consenso até quanto tempo após o parto o episódio depressivo pode ser considerado DPP. Segundo o DSM-IVTR seria até quatro semanas após o parto, segundo a CID-10 até seis semanas, mas a *Marcé Society*, a prática clínica e a maioria das pesquisas na área tem se referido à DPP até um ano após o parto.

### 2.2 PREVALÊNCIA

A DPP tem prevalência entre 10 a 20%, podendo tal taxa variar dependendo do período e método utilizado no diagnóstico (POPE, 2000).

O'Hara et al. (1996) num estudo de meta-análise identificou a prevalência média de 13% para a DPP.

Numa recente revisão conduzida por Halbreic e Karkun (2006), na qual foram avaliados 143 estudos de prevalência de DPP de 40 países diferentes, taxas de prevalência variaram de 0 a 60%. Em países como Singapura, Malta, Malásia e Dinamarca, houve a constatação de taxas menores, sendo que no Brasil, Guiana, Costa

Rica, Itália, Chile, África do Sul, Taiwan e Coréia, as taxas foram maiores. As diferenças encontradas foram atribuídas à diversidade dos fatores culturais e socioeconômicos bem como aos diferentes instrumentos diagnósticos utilizados e diferentes períodos em que foram utilizados.

Halbreic e Karkun, nesta revisão acima, também observaram que poucos estudos de prevalência utilizaram os critérios diagnósticos do DSM-IV ou da CID-10 através de entrevistas semi-estruturadas específicas, que é considerado padrão-ouro para precisão diagnóstica. Eles verificaram que a maioria dos trabalhos utilizou a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), outros utilizaram a *Beck Depression Inventory* (BDI) e alguns, a *Postpartum Depression Screening Scale*. As três escalas acima foram desenhadas para rastreamento de DPP e não para seu diagnóstico. O valor preditivo positivo de cada uma delas varia muito entre culturas diferentes. O número de falsos positivos é alto, por isso, se essas escalas forem usadas em estudos de prevalência, as taxas podem ser superestimadas. Com relação ao tempo de pós-parto utilizado para o diagnóstico de DPP, alguns estudos avaliados por Halbreic e Karkun realizaram corte transversal nas duas primeiras semanas após o parto, o que é inadequado devido à dificuldade de distinguir os sintomas da DPP do *Maternity Blues*.

Três estudos brasileiros, os quais estimaram a prevalência de DPP no nosso país, incorreram nos problemas relacionados acima. Da-Silva et al. (1998) avaliou 33 mulheres de baixa renda utilizando a EPDS para diagnóstico e encontrou prevalência de 12%. Cruz et al. (2005) avaliou 70 puérperas com 12 a 16 semanas de pós-parto, usou a EPDS para diagnóstico e verificou taxa de DPP 37,1%. Moraes et al. (2006) entrevistou 410 mulheres com 30 a 45 dias de pós-parto usando a Escala de depressão de Hamilton e observou prevalência de 19,1%.

Quanto à comparação da prevalência da DPP com a depressão fora do pós-parto, estudos iniciais mostravam maior prevalência de depressão no puerpério que em outras épocas da vida (COX et al, 1982; KUMAR & ROBSON, 1984), mas evidências subsequentes sugeriram não existir diferença significativa (O'HARA et al., 1990; WIFFEN & GOTLIB, 1993; COX et al., 1993; GAVIN et al., 2005).

### 2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os critérios para o diagnóstico de um episódio depressivo segundo o DSM-IVTR (APA, 2000) são: (1) humor deprimido; (2) perda de prazer ou interesse; (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite; (4) insônia ou hipersonia; (5) agitação ou retardo psicomotor; (6) fadiga ou perda de energia; (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; (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. Cinco ou mais desses sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas, na maior parte do dia, quase todos os dias. Pelo menos um dos sintomas deve ser o item (1) ou (2). Ocorre sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificamente no pós-parto, a perda de peso e a sensação de cansaço e de fadiga devem ser avaliadas com cautela, pois podem estar presentes em mulheres saudáveis, devido condição fisiológica desse período e não retratam sintomas da síndrome depressiva (CANTILINO & SOUGEY, 2004).

Apesar de não ser considerada uma síndrome depressiva específica, peculiaridades são descritas em relação à DPP, especialmente por pesquisadores que estudaram o seu quadro clínico ou compararam-na com a depressão na mulher fora do período pós-parto. Pitt (1968) foi o primeiro a abordar este assunto, descrevendo 13 casos de DPP e denominando o quadro de “depressão atípica”, pois a maioria das mulheres apresentava reatividade do humor, irritabilidade e maior sensibilidade a rejeição interpessoal. Whiffen e Gotlib (1993) comparando mulheres com DPP e deprimidas fora do pós-parto, observaram que a DPP tem quadro mais leve e não houve diferença quanto à prevalência de sintomas, apesar da maior frequência no grupo de mulheres com DPP de humor deprimido (96%), fadiga (87%), irritabilidade (86%) e sentimento de inadequação (70%). Em outros estudos já foi observado na DPP maior frequência de choro fácil e perda de prazer e interesse (EBERARD-GRAN et al., 2003; BERNSTEIN et al., 2006) e menor incidência de idéias e atos suicidas (LINDAHL et al., 2005).

Beck (1992) realizou estudo qualitativo avaliando sete mulheres com DPP. Os temas mais freqüentes em seus discursos foram sentimento de solidão, crença que ninguém pode compreender sua experiência, pensamento de ser uma mãe ruim e questionamento do que está acontecendo com ela, temor de ter perdido a felicidade para sempre, percepção da vida como vazia e sem metas, preocupação, medo e culpa de poderem ferir o bebê, baixa capacidade de concentração e sensação de perda de controle e insegurança.

Oates et al. (2004) fizeram estudo qualitativo com amostras de mulheres com DPP em vários países e as causas apontadas foram solidão, pouco apoio social e emocional, relacionamento ruim com o companheiro, conflitos familiares e cansaço.

Cooper e Murray (1995) observaram que mulheres com um primeiro episódio de DPP tinham mais chance de ter recorrência de novos episódios de DPP do que episódios depressivos fora do pós-parto o que sugeria um etiologia específica.

## 2.4 ETIOLOGIA

A etiologia da DPP é multifatorial, com contribuições biológicas, psicológicas e sociais.

O pós-parto tem como característica a queda dos níveis dos hormônios gonadais, progesterona e estrogênio, e estudos têm sugerido que essa alteração hormonal está implicada à exacerbação e precipitação dos transtornos de humor (GLOVER,1992). Diferença significativa no nível hormonal nas puérperas deprimidas e nas saudáveis, não foi identificada (HARRIS et al., 1989; O'HARA et al., 1991). Bloch et al. (2000, 2003) sugerem que algumas mulheres, devido predisposição genética, são bioquimicamente mais sensíveis a essa queda hormonal e a implicação dos hormônios gonadais na susceptibilidade aos transtornos psiquiátricos está relacionada à sua influência nos sistema neurotransmissor.

Outros hormônios neuroreguladores também têm sido estudados, como é o caso da prolactina, da ocitocina, do cortisol e dos hormônios tireoidianos, porém, com resultados não conclusivos (HENDRICK et al., 1998; BOUTET et al., 2006).

Existe um maior risco de DPP em mulheres com história pessoal e familiar de transtornos psiquiátricos, o que sugere uma predisposição genética. Genes que

interferem no sistema dos neurotransmissores são os envolvidos (SUN et al., 2004). Alteração no sistema de neurotransmissão serotoninérgico está bem relacionado à fisiopatologia do episódio depressivo e o mesmo parece ocorrer na DPP (NEWPORT et al., 2004).

## 2.5 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco fortemente associados à DPP são história pessoal de depressão (RIGHETTI-VELTEMA et al., 1998; BLOCH et al., 2005; CORREIA, 2006) episódio depressivo ou ansiedade na gestação (AUSTIN et al., 2007), eventos de vida estressantes (RIGHETTI-VELTEMA et al., 1998), pouco suporte social e financeiro (RIGHETTI-VELTEMA et al., 1998; CORREIA, 2006) e relacionamento conjugal conflituoso (MCMAHON et al., 2005).

Outros prováveis fatores de risco são história familiar de transtornos psiquiátricos e episódio de *maternity blues* (BLOCH et al., 2005; AUSTIN et al., 2007), características de personalidade (JOSEFSSON et al., 2007) estilo cognitivo negativo (CHURCH et al., 2007) e baixa auto-estima (EVANS et al., 2005). Observam-se, também, complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, história de abuso sexual ou de relação conflituosa com a mãe, gravidez não desejada (RIGHETTI-VELTEMA et al., 1998; POPE, 2000; MORAES, 2006).

A identificação dos fatores de risco contribui para o reconhecimento precoce de mulheres com maior probabilidade de apresentar DPP, fato este que favorece a adoção de medidas preventivas.

É considerado fator de proteção o otimismo, a alta auto-estima, boa relação conjugal, suporte social adequado bem como a preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade (POPE, 2000).

## 2.6 REPERCUSSÕES NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

A DPP causa significativas repercussões na vida da mulher, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. O relacionamento primordial mãe-bebê é fundamental para o

desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, o que torna muito importante as alterações que a DPP pode causar.

Mães com DPP, quando comparadas às mães não-deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas (HERRERA et al., 2004). Elas, na interação com o bebê, expressam-se menos face a face (STANLEY et al., 2004) e são menos sensíveis (HIPWELL, 2000).

Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente (FIELD, 1992; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002; HATTON et al., 2005) e lidar com seus bebês de forma indecisa, insensível e confusa, por lhes faltar habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com suas crianças (TETI & GELFAND, 1991).

Em alguns estudos, mães deprimidas definiram-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente à criança, mais dependentes e isoladas socialmente, com menos confiança e satisfação com o desempenho materno (RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002). Algumas tiveram percepção negativa de seus bebês, o que não mudou mesmo após a realização de psicoterapia (ORTHON et al., 2007; FORMAN et al., 2007).

Os bebês são vulneráveis ao impacto da depressão materna porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (FIZZO & PICCININI, 2005). Quanto mais grave e persistente for a DPP materna, maior é a chance de prejuízos na relação mãe-bebê e de repercussões no desenvolvimento da criança (STANLEY et al., 2004). Bebês de mães deprimidas, quando comparados aos de não-deprimidas, exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm menor nível de atividade e menos vocalizações; costumam distanciar o olhar, apresentam aborrecimentos e protestos mais intensos, mostram mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e têm uma aparência depressiva com poucos meses de idade (COHN et al., 1990). Field (1995) ressalta que os bebês de mães deprimidas se aconchegam pouco, têm pouca reciprocidade com suas mães e expressão emocional, são irritados e choram mais, além de terem mais problemas de alimentação e sono e menor desenvolvimento motor.

Estudos de seguimento com crianças de mães com DPP demonstram que estas crianças têm menos segurança afetiva (CAMPBELL et al., 2004), apresentam maior incidência de distraibilidade, alterações de comportamento, atraso no desenvolvimento

cognitivo e transtornos afetivos (SINCLAIR & MURRAY, 1998; HAY et al., 2001 e 1995; GRACE et al., 2003; HALLIGAN et al., 2007).

## 2.7 PREVENÇÃO

Devido às repercussões negativas que a DPP causa, várias tentativas de prevenção têm sido empreendidas, especialmente nas mulheres alto risco de desenvolvê-la (DENNIS, 2004a e 2004b). Intervenções psicológicas, como psicoterapia interpessoal (ZLOTNICK et al., 2001) e terapia cognitivo-comportamental (CHALBROL et al., 2002) têm se mostrado eficiente. Intervenções psicossociais, como grupos de gestantes (STAMP et al., 1995; BUIST et al., 1999; BRUGHA et al., 2000;), presença de doula no momento do parto (WOLMAN et al., 1993; GORDON et al., 1999; HODNETT et al., 2002;) e visitas de enfermeiras no pós-parto imediato (ARMASTRONG et al., 1999; REID et al., 2002), apesar de na prática clínica mostrar bons resultados quando a segurança da mulher no parto e com os cuidados com o bebê, não tem sido verificada diferença significativa para prevenção da DPP.

A taxa de recorrência da DPP é aproximadamente 25% (DAVIDSON & ROBERTSON, 1985). Intervenções biológicas têm sido tentadas em gestantes e puérperas com história de DPP prévia com objetivo de prevenir um novo episódio (DENNIS, 2004b). Dois estudos randomizados avaliaram uso de antidepressivos após o parto: o primeiro não mostrou diferença na taxa de recorrência entre o grupo usando nortriptilina e o usando placebo (WISNER et al., 2001); o segundo verificou eficácia do uso de sertralina na prevenção da recorrência da DPP (WISNER et al., 2004). Uso de estrogênio, progesterona, hormônio tireoidiano, cálcio, ômega 3, têm sido estudados mas os resultados ainda não são esclarecedores.

## 2.8 TRATAMENTO

O uso de medicação antidepressiva é a primeira linha no tratamento do episódio depressivo. Apesar de poucos estudos avaliarem o uso de antidepressivos especificamente na DPP, eles têm se mostrado, na prática clínica, eficazes e essenciais no tratamento.

Numa revisão sistemática, feita por Dennis e Stewart (2004), havia três estudos abertos, com grupos pequenos e sem grupo controle, que avaliavam eficácia da sertralina, fluvoxamina e venlafaxina na DPP e em todos eles foi observado melhora dos sintomas depressivos. Nesta mesma revisão, um estudo randomizado controlado, com quatro grupos: fluoxetina ou placebo associado a uma ou seis sessões de aconselhamento; foi evidenciada melhora do grupo usando fluoxetina estatisticamente significativa.

Uma peculiaridade nesta época da vida a mulher é o aleitamento. A maioria das medicações é excretada no leite materno e, por questões éticas, não há estudos controlados avaliando a exposição do recém-nascido. Em geral, não têm sido verificados altos riscos e efeitos colaterais nos expostos a antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) (PAYNE, 2007).

Os tricíclicos como amitriptilina, nortriptilina, imipramina e desipramina, têm sido largamente usados e estudados em mulheres que encontram-se amamentando e têm se mostrado seguros para o recém-nascido (WISNER et al., 1996; WHITBY & SMIYH, 2005).

Fluoxetina e seu metabólito norfluoxetina são detectados no leite materno em quantidades tanto maiores quanto a dose usada pelas mães. No recém-nascido os níveis são abaixo de 10% do nível plasmático materno, o que é considerado baixo e seguro (WISNER et al., 1996; WEISSMAN et al., 2004; GENTILE, 2005; WHITBY & SMIYH, 2005). Em geral, não têm sido verificados efeitos colaterais no recém-nascido (HENDRICK et al., 2001), apesar de haver alguns relatos de caso associando cólicas, irritabilidade, choro, alterações de sono, peso e apetite ao uso da fluoxetina (LESTER et al., 1993; BRENT & WISNER, 1998; KRISTENSEN et al., 1999;).

Sertralina é um dos ISRS mais estudados no aleitamento. O nível plasmático no recém-nascido é baixo, menos de 1% do materno, assim como de seu metabólito. Não há relatos de efeitos colaterais (WISNER et al., 1996; GENTILE, 2005).

Fluvoxamina é detectada no leite materno e em baixos níveis no plasma do recém-nascido (WISNER et al., 1996; GENTILE, 2005). Não há relatos de efeitos colaterais e duas crianças expostas à droga através do leite materno foram acompanhadas por dois e três anos e se encontravam saudáveis (PIONTEK, 2001).

Paroxetina tem níveis variáveis no leite materno e tem se mostrado segura ao recém-nascido (GENTILE, 2005). Crianças expostas no aleitamento têm crescimento e desenvolvimento normais (MERLOB, 2004).

Segundo Gentile (2004), citalopram e seu metabolito têm apresentado concentrações maiores no leite que no plasma materno. Há um relato de caso de recém-nascido com nível plasmático de citalopram maior que 10% do materno, ele apresentou alterações de sono e melhora ocorreu apenas após a redução da dose da medicação. A maioria dos estudos não demonstra efeitos colaterais.

Mirtazapina, bupropiona e venlafaxina têm poucos estudos, mas nenhum relata riscos ao recém-nascido (GENTILE, 2005).

Considerando os riscos da DPP para a relação mãe-bebê e para desenvolvimento da criança, não há dúvidas que ela deve ser tratada. Os antidepressivos têm se mostrado seguros para o recém-nascido em aleitamento materno, mas é aconselhado que a mãe seja orientada dos riscos e benefícios. É recomendado prescrição da menor dose necessária para o tratamento e a ingestão da medicação é preferível no período da noite, se o recém-nascido não é amamentado durante a madrugada. As possíveis alterações no sono, no apetite, no ganho de peso e no desenvolvimento da criança devem ser monitorizadas (NEWPORT et al., 2002).

Em caso de depressão leve ou como coadjuvante ao tratamento, a psicoterapia trás benefícios (DENNIS & HODNETT, 2007).

### 3. SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS

#### 3.1 CONCEITO

Segundo o DSM-IV (APA, 2000), obsessões são pensamentos ou idéias, impulsos, imagens ou cenas, que invadem a consciência, contra a vontade do indivíduo, de forma repetitiva, persistente e estereotipada. São experimentadas como intrusivas e inapropriadas (ou seja, “ego-distônicas”). Nesse sentido, o indivíduo tem o sentimento de que o conteúdo da obsessão é estranho, não está dentro de seu próprio controle nem é um tipo de pensamento que ele esperaria ter, mas é capaz de reconhecer como produtos de sua própria mente e não impostos de fora (como na inserção de pensamento). O indivíduo percebe as obsessões como excessivas e irracionais. Elas não são meras preocupações com problemas da vida. São acompanhadas de ansiedade ou desconforto acentuados. O indivíduo tenta resistir a elas, ignorá-las ou neutralizá-las com ações ou com outros pensamentos.

As obsessões mais comuns envolvem os seguintes temas:

- Agressão: preocupação, imagens ou impulsos de ferir os outros ou a si mesmo; imagens violentas ou horríveis, ímpeto de falar obscenidades ou insultar;
- Contaminação: preocupação ou aversão excessiva a secreções corporais, sujeira, germes, pó, itens de limpeza doméstica, animais; incomodo ou sensação de estar contaminada; preocupação em adquirir doenças devido alguma contaminação;
- Conteúdo sexual: pensamento, imagem ou impulso sexual perverso ou proibido; com pessoas ou em situações impróprias; envolvendo crianças ou incesto, homossexualidade ou comportamento agressivo;
- Armazenagem e poupança: preocupação em colecionar ou guardar objetos inúteis;
- Religião: preocupação excessiva com escrupulosidade, blasfêmias, pecados, ofensas a Deus ou certo/errado;
- Simetria: preocupação com exatidão ou alinhamento, podendo ser ou não acompanhado de pensamento mágico;

- Somáticas: preocupação excessiva com doenças, com partes ou aspectos do corpo;
- Diversas(s): necessidade de saber ou lembrar; medo de dizer certas coisas ou palavras; imagens intrusivas não violentas; sons, palavras ou músicas intrusivas insensatas; incômodo com certos barulhos ou sons; preocupação com determinados números, palavras ou cores; medos supersticiosos.

Compulsões são comportamentos ou atos mentais que a pessoa é levada a executar, em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os comportamentos ou atos mentais são destinados a prevenir ou reduzir o desconforto associado à obsessão, prevenir algum evento ou situação temidos e em geral não possuem uma conexão realística ou direta com o que pretendem evitar, ou são claramente excessivos (APA, 2000).

As compulsões mais comuns envolvem:

- Limpeza/lavagem: lavagem excessiva ou ritualizada das mãos, corpo, dentes; envolvimento excessivo com limpeza da casa, itens de limpeza ou objetos;
- Verificação ou controle: verificação repetida de fechaduras, portas, janelas, gás, torneiras, chuveiros, se cometeu algum erro, se não se feriu ou feriu alguém, se nada terrível aconteceu, se seu corpo está bem ou se está com alguma doença;
- Repetições: necessidade de repetir atividades rotineiras como sair/entrar pela porta, sentar/levantar da cadeira, ler/reler, escrever/reescrever;
- Contagens: necessidade de fazer contas mentalmente;
- Ordem/arranjos/seqüências, simetria ou alinhamento;
- Acumular/coleccionar: empilhar jornais velhos, colecionar objetos inúteis;
- Compulsões diversas: outros rituais mentais, fazer listas, necessidade de bater de leve, tocar ou roçar em objetos, rituais envolvendo piscar ou olhar fixamente, medidas para evitar ferir-se ou ferir outros, comportamentos ritualizados.

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IVTR (APA, 2000), obsessões e compulsões recorrentes, suficientemente graves para consumirem tempo (isto é, mais de uma hora por dia), modificar o comportamento, causar sofrimento acentuado ou prejuízo significativo, caracterizam o transtorno obsessivo compulsivo (TOC). O TOC é

um transtorno de ansiedade com prevalência de 2-3% na população geral de adultos (JENIKE, 2001; BJORGVINSSON et al., 2007) e, em sua etiologia, fatores genéticos e ambientais e alterações no sistema serotoninérgico estão envolvidos (GONZALEZ, 1999).

Não obstante, obsessões e compulsões podem estar presentes, em menor intensidade e com menos repercussões do que no TOC, na apresentação clínica dos transtornos afetivos, dos transtornos ansiosos, dos transtornos do controle dos impulsos, dos transtornos alimentares e da esquizofrenia. Nestas situações podem ser denominados sintomas obsessivo-compulsivos ou transtorno obsessivo compulsivo subclínico (SPINELLA, 2005).

Rachman e De Silva (1978), mostraram que pensamentos obsessivos intrusivos e compulsões ocorrem universalmente, de forma esporádica e sem repercussões em pessoas saudáveis. Na pesquisa deles, um questionário simples sobre presença e tipo de pensamentos obsessivos e compulsões foi respondido por 124 pessoas de uma população não clínica. Como resultado, 99 pessoas desta amostra (79,8%) relataram apresentar algum sintoma, a maioria dos sintomas ocorria menos de 10 vezes ao mês e era fácil controlá-los. Posteriormente, 40 pacientes que procuraram serviços psiquiátricos queixando destes sintomas responderam o questionário. Ao comparar os dois grupos, foi verificado que não houve diferença nos temas das obsessões e compulsões entre as duas amostras. No grupo não clínico os sintomas foram são menos intensos, mais breves e controláveis, não causam sofrimento ou alterações no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

### **3.2 SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS NO PUERPÉRIO**

O puerpério está associado à maior frequência de sintomas obsessivo-compulsivos. Pensamentos obsessivos agressivos contra o bebê, imagens envolvendo morte ou algo terrível ocorrendo com o bebê e compulsões de checagem, são os sintomas mais frequentes (WISNER et al., 1999; JENNINGS et al., 1999). Alguns exemplos são imagens recorrentes do bebê sangrando ou machucado, pensamento intrusivo de jogar o bebê pela escada, de colocá-lo no microondas, de jogá-lo contra a parede, pensamento recorrente que o bebê morreu subitamente no berço e compulsão por checagem da respiração do bebê.

O puerpério é conhecido como o principal fator relacionado ao desencadeamento ou exacerbação de sintomas do TOC, provavelmente devido às alterações hormonais e psicossociais próprias deste período (WILLIAMS & KORAN, 1997; ALSHULER et al., 1998; MAINA et al., 1999; LABAD et al., 2005; ROSS & MCLEAN, 2006; UGUZ et al., 2007).

Segundo o Abramowitz et al. (2003 e 2007) e Fairbrother e Abramowitz (2007), na hipótese do modelo cognitivo-comportamental, os pensamentos obsessivos normais e passageiros podem tornar-se disfuncionais no puerpério. A vivência de uma situação nova e estressante e o súbito aumento de responsabilidade, associado à característica de personalidade e crenças prévias, fazem com que as novas mães valorizem os pensamentos obsessivos, aumentem sua importância e o percebam como uma ameaça. As puérperas podem superestimar o perigo e o risco e temer que os pensamentos se concretizem. Também podem apresentar intolerância à incerteza e considerar que pensar equivale a agir (por ex. “pensar em agredir meu indefeso bebê é tão ruim quanto agredir de fato”). Conseqüentemente, podem tentar afastar da mente os pensamentos obsessivos, através de supressão ou desenvolvendo pensamentos neutralizadores ou atos compulsivos.

Devido à presença de pensamentos obsessivos agressivos, a mulher pode considerar-se uma pessoa perigosa e responsável pelos atos que podem acontecer (por ex. “este pensamento significa que eu sou uma pessoa perigosa”, “eu tenho que tomar muita precaução para que as coisas não percam o controle”). Conseqüentemente, pode temer e evitar estar sozinha com seu filho (ABRAMOWITZ et al., 2003)

A DPP também tem mostrado estar relacionada a sintomas obsessivo-compulsivos, sejam sintomas novos ou na exacerbação de preexistentes. Wisner et al. (1999) avaliaram 37 mulheres com três meses de pós-parto, com diagnóstico de DPP e 28 mulheres com depressão fora do puerpério. Estas mulheres preencheram *Yale-Brown obsessive compulsive scale* e foi constatada a presença de sintomas obsessivos em 57% das mulheres com DPP e em 34% do outro grupo. Essa diferença não foi estatisticamente significativa, mas avaliando isoladamente pensamentos obsessivos agressivos, observou-se que esses foram significativamente mais freqüentes nas mulheres com DPP. Jennings et al. (1999) identificaram pensamentos obsessivos agressivos contra o bebê, através do *Inventory of Parent's Experience* e observaram a presença dos mesmos em 41% no grupo de mulheres deprimidas com crianças até três

anos de idade (n=100) e em 6,5% no grupo de mulheres, também mães, mas não deprimidas (n=46),  $p < 0,001$ .

É possível que sintomas obsessivo-compulsivos no quadro clínico da DPP acentuem as repercussões negativas na interação mãe-bebê. Suspeitamos também que torne o tratamento mais difícil, necessitando doses maiores de antidepressivo, por tempo maior que o habitualmente recomendado para o tratamento da depressão ou de antidepressivos mais seletivos para TOC, mas é necessário pesquisas nesta área para fazermos afirmações.

Será que a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos está associada à DPP? Quais os temas das obsessões e compulsões que ocorrem na DPP? Estas respostas podem nos ajudar a conhecer melhor o quadro clínico de uma mulher apresentando DPP, pode nos auxiliar na anamnese e na compreensão dos sintomas por elas relatados.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVOS GERAIS**

Estudar a depressão pós-parto e os sintomas obsessivo-compulsivos em mulheres no pós-parto, atendidas em serviços de saúde público e privado do Recife/Pernambuco, no período de setembro de 2007 a julho de 2008.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar prevalência da DPP em puérperas entre duas a 26 semanas de pós-parto, procedentes da região metropolitana do Recife;
- Identificar fatores bio-sócio-demográficos associados à ocorrência da DPP.
- Identificar a prevalência dos sintomas obsessivo-compulsivos nas puérperas saudáveis e nas com DPP;
- Comparar proporção da ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos no grupo de mulheres com DPP com o grupo de puérperas saudáveis;
- Discriminar os temas mais frequentes nas mulheres que apresentaram sintomas obsessivo-compulsivos;
- Identificar comorbidade do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na DPP.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

O estudo quantitativo descritivo de corte transversal.

### **5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Mulheres procedentes da região metropolitana do Recife, que estejam no período puerperal, sendo no mínimo duas semanas e no máximo 26 semanas após a data do parto.

### **5.3 LOCAL E PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

Este estudo foi realizado em Recife/Pernambuco, em serviços de saúde públicos e privado com objetivo de avaliar mulheres com diferentes níveis sócio-econômicos. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2007 a julho de 2008.

### **5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- (1) puérperas entre duas a 26 semanas de pós-parto;
- (2) que aceitassem voluntariamente a participar do estudo e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- (3) que fossem capazes de falar, ler e entender Português;
- (4) cujos bebês fossem referidos pelas mulheres como saudáveis;
- (5) que fossem procedentes da região metropolitana do Recife;
- (6) se menores de 18 anos, que tivesse representante legal que assinasse termo de consentimento livre e esclarecido.

## 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- (1) Mulheres que tivesse algum transtorno psicótico ativo;
- (2) que não completassem a entrevista;
- (3) que tivesse uma participação pregressa no estudo.

## 5.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

### 5.6.1 Questionário bio-sócio-demográfico (Anexo A)

Trata-se de instrumento para preenchimento pelo entrevistador, elaborado para coletar dados da mulher, tais como: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, data de nascimento do bebê, tipo de parto, tempo de gestação no momento do parto e paridade, complicações na gestação e parto, problemas de saúde atuais e pregressos, história pessoal e familiar de transtornos psiquiátricos.

### 5.6.2 Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV para episódio depressivo (Anexo B)

A SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) (FIRST et al., 1997) é uma entrevista clínica semi-estruturada baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV, sendo largamente utilizada e considerada padrão-ouro para diagnóstico de transtornos psiquiátrico do eixo-I em pesquisas. No presente estudo, foi utilizada apenas a parte referente à depressão. Uma questão essencial da SCID é que embora as perguntas sejam estruturadas, a pontuação permite o julgamento clínico do entrevistador, com relação à presença ou não de determinado critério. É um instrumento designado para ser administrado por clínicos ou profissionais de saúde treinados.

A SCID foi traduzida e validada no Brasil, apresentou concordância excelente e estatisticamente significativa além de permitir bons índices de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico (DEL BEM et al.,2001).

### 5.6.3 Entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais para transtorno obsessivo-compulsivo (Anexo C)

A MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (SHEEHAN et al.,1998) foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Sampêtrière de Paris e da Universidade da Florida, com o objetivo de ser um instrumento de entrevista mais simples que os tipicamente utilizados em pesquisa e, ao mesmo tempo, mais abrangente que os instrumentos de triagem. É um questionário breve que pode ser utilizado na seleção de pacientes em pesquisa e na prática clínica em Psiquiatria e é compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10. O referido instrumento foi traduzido e validado no Brasil e apresentou confiabilidade adequada (AMORIM, 2000). Neste estudo, foi utilizada a parte referente ao diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo.

### 5.6.4 Lista de Yale-Brown de obsessões e compulsões (Anexo D)

A Y-BOCS (*Yale-Brown obsessive compulsive scale symptom checklist*) foi desenvolvida por Goodman (1989), é uma lista de obsessões e compulsões que acompanha a *The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*.

A Y-BOCS é uma listagem de exemplos de obsessões e compulsões mais comuns, organizados em 15 categorias ou temas diferentes (checagem, lavagem, agressividade, etc.). Ela deve ser utilizada após uma definição à voluntária do que são obsessões e compulsões, não tem como função fazer diagnóstico, seu objetivo é facilitar a identificação dos sintomas obsessivo-compulsivos (ARAÚJO, 1998).

## 5.7 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas quanto aos seus objetivos e características, após aceitarem voluntariamente, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecimento (Anexo E).

Essas mulheres foram entrevistadas na sala de espera para consulta de puericultura ou vacina seus filhos. Uma parte no Ambulatório de Puericultura do IMIP

(Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira), outra no Ambulatório de Puericultura e vacina do Hospital das Clínicas da UFPE e no Consultório de Pediatria do Dr. José Henrique Silva, CRM 8976.

Foram colhidos dados do questionário bio-sócio-demográfico, em seguida houve a entrevista, utilizando-se o SCID-I e MINI, posteriormente foi preenchida a lista Yale-Brown de obsessões e compulsões com auxílio do entrevistador. Quando a mulher preenchia critérios para episódio depressivo ou TOC foi acrescentado às perguntas quando foi que se iniciaram os sintomas se antes da gestação, na gestação ou no pós-parto.

As entrevistas foram feitas por psiquiatra ou por aluno de medicina, participante do PIBIC, devidamente treinados e sob orientação.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Hospital Agamenon Magalhães em 05 de julho de 2007 (Anexo F) onde incluía como local de coleta de dados o Hospital das Clínicas da UFPE e o ambulatório privado de pediatria, posteriormente foi acrescentado como local de coleta o IMIP e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP em 23 novembro de 2007 (Anexo G), ambos incluindo cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme res. 196/96 do Ministério da Saúde. Foi obtida anuência do ambulatório de puericultura do IMIP, do ambulatório de puericultura e vacina do Hospital das Clínicas da UFPE e do Dr. José Henrique Silva.

Às mulheres com menos que 18 anos de idade, foi solicitado o consentimento e a assinatura do responsável no TCLE.

As mulheres que, durante a pesquisa, foram diagnosticadas com depressão foram informadas sobre o fato e aconselhadas a procurarem tratamento; quando manifestaram interesse, eram encaminhadas para o Ambulatório de depressão pós-parto, do Programa de Saúde Mental da Mulher da UFPE.

Esta pesquisa foi realizada em conjunto com doutorando Amaury Cantilino, com o tema de pesquisa *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e co-*

*morbidade com transtornos ansiosos*; e a doutoranda Ana Carla Peres Montenegro, com o projeto *Avaliação do cortisol salivar em puérperas com e sem depressão pós-parto*, cujos projetos de pesquisa também foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP. Em alguns casos, a amostra de mulheres participou dos três estudos simultaneamente.

## 5.9 MÉTODO ESTATÍSTICO

### 5.9.1 Variáveis

Foram utilizadas variáveis independentes e categoriais. Após a aplicação da SCID-I, obtemos como resultado sim ou não para episódio depressivo maior, especificando se com início antes da gestação, na gestação ou no pós-parto. Após a MINI verificamos sim ou não para diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, tendo sido acrescentado à entrevista o especificador se com início antes da gestação, na gestação ou no pós-parto.

Com o preenchimento da Y-BOCK checamos sim ou não para a presença de cada uma das obsessões e compulsões relatadas na listagem, especificando se o início foi antes ou após o parto, em caso de presença dos sintomas, foi perguntado mais detalhes sobre a obsessão e compulsão e a resposta foi anotada.

### 5.9.2 Cálculo da amostragem

Realizado cálculo de amostra para tipo de análise com respostas dicotômicas ou categóricas, para estimativa de prevalência e para comparação de duas proporções, conforme abaixo, mas optado por amostra de conveniência de 400 puérperas.

Cálculo para estimativa de prevalência

Considerando prevalência de DPP na população: **13%**

Precisão absoluta: **5**

Nível de significância: **5%**

Tamanho da amostra calculado: **174**

Para outros valores do nível de significância temos:

**Nív. de signif.    Tamanho da amostra**

0.1%            490

1%              301

10%            122

Cálculo para comparação de proporção

Considerando:

Proporção prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos em mulheres com DPP: **57%**

Proporção prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos em puérperas: **6,5%**

Nível de significância: **5%**

Poder do teste: **80%** Teste de hipótese: **bicaudal**

Tamanho da amostra calculado para cada grupo: **12**

### 5.9.3 Análise estatística

Foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste de Fisher (quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificada) e o Odds Ratio para avaliar a comparação de proporções. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos foram obtidos com confiabilidade de 95,0%. Os dados foram digitados na planilha Excel e os “softwares” estatísticos utilizados para a obtenção dos cálculos estatísticos foram o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 13.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Caracterização da amostra

Das 400 mulheres, 294 (73,5%) foram entrevistadas nas instituições públicas (IMIP e HC) e 106 (26,5%) na instituição particular, como ilustra a Figura 1.

A entrevista foi realizada com mulheres com média de 10 semanas após o parto, mediana de nove semanas.

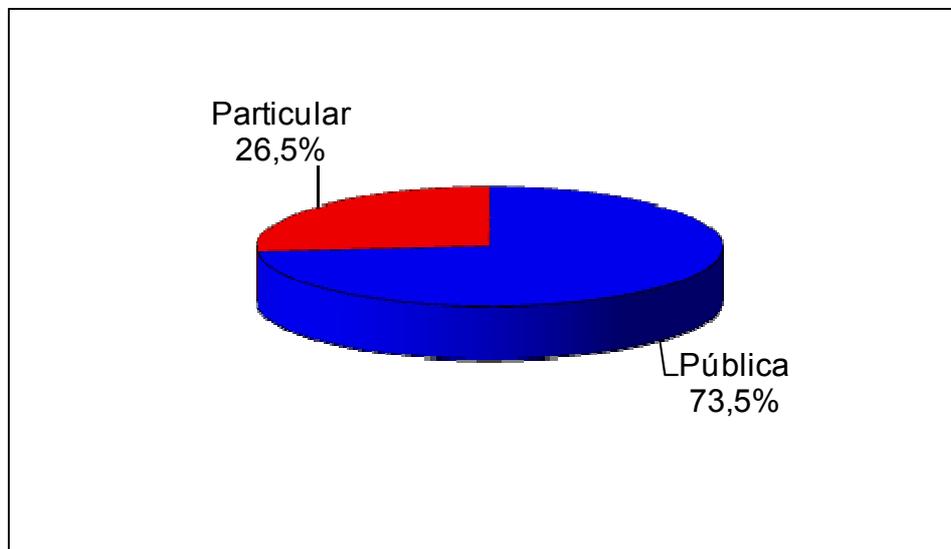


Figura 1 – Distribuição das mulheres segundo a instituição onde foi realizada a entrevista, no período de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

A idade das mulheres pesquisadas variou entre 15 e 44 anos, teve média de 27 anos.

Quanto à condição social, 85,5% das mulheres eram casadas ou viviam em união consensual; 33,5% apresentavam ensino fundamental, 46,5% ensino médio e 20% ensino superior; 50% estavam trabalhando; 35,3% tinham renda familiar até um salário mínimo, 38,8% entre dois a cinco salários mínimos e 26% seis ou mais. Até três pessoas dependiam desta renda em 48,5% dos casos, quatro a seis pessoas em 44% dos casos e sete ou mais em 7,5% dos casos.

Treze por cento das mulheres apresentavam algum problema clínico, como hipertensão arterial, diabetes ou outro. Na amostra, 9,3% das entrevistadas tinham história pregressa e 28,3% tinham história familiar de algum transtorno psiquiátrico.

A Tabela 1 apresenta os dados obstétricos da amostra, observamos que 60,5% dos tipos de parto foram normais, 65% das gestações foram desejadas, 82% dos recém-nascidos tinham mais de 2500g ao nascimento e 73,5% deles não apresentou complicações após o parto.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres entrevistadas segundo os dados obstétricos, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	n	%
<b>Peso da criança ao nascer</b>		
Até 2500	66	16,5
> 2500	328	82,0
Não informou	6	1,5
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	157	39,3
Cesariano	242	60,5
Não informou	1	0,3
<b>Complicação durante a gravidez ou parto</b>		
Sim	141	35,3
Não	258	64,5
Não informou	1	0,3
<b>Bebê com complicações logo após o nascimento</b>		
Sim	97	24,3
Não	302	75,5
Não informou	1	0,3
<b>Bebê precisou ficar internado logo após o nascimento</b>		
Sim	105	26,3
Não	294	73,5
Não informou	1	0,3
<b>Gravidez desejada</b>		
Sim	260	65,0
Não	138	34,5
Não informou	2	0,5
<b>Aborto espontâneo</b>		
Sim	93	23,3
Não	306	76,5
Não informou	1	0,3
<b>Realizou tratamento para engravidar</b>		
Sim	17	4,3
Não	380	95,0
Não informou	3	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

## 6.2 Prevalência da depressão pós-parto

Das 400 mulheres pesquisadas, 29 (7,3%) tiveram diagnóstico de depressão pós-parto (DPP), como mostra a Figura 2. Onze mulheres (2,8%) tinham sintomas depressivos mas não completaram os critérios para episódio depressivo, elas foram denominadas pela SCID-I como portadoras de episódio depressivo menor.

Das 29 mulheres com DPP, seis (20,6%) relataram que os sintomas depressivos iniciaram-se antes da gestação, 11 (37,9%) durante a gravidez e 12 (41,4%) após o parto.

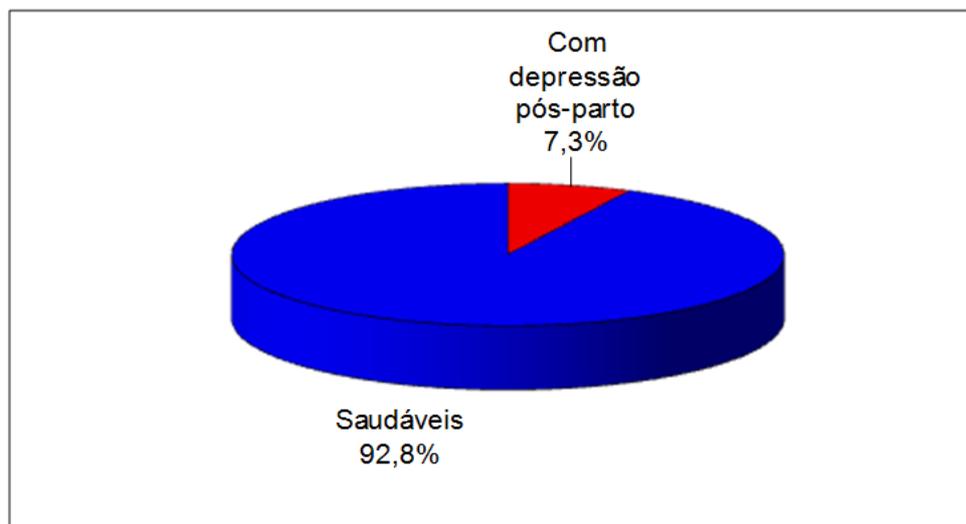


Figura 2 – Distribuição das mulheres entrevistadas segundo ao diagnóstico de depressão pós-parto, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

## 6.3 Dados bio-sócio-demográficos relacionados à depressão pós-parto

A Tabela 2 mostra que a prevalência de DPP foi mais elevada entre as mulheres que tinham algum problema clínico do que entre as que não tinham (15,1% x 5,5%) e a associação foi significativa ( $p < 0,05$ , OR igual a 3,05 e intervalo para o OR que exclui o valor 1,00).

A DPP ocorreu com maior frequência também nas mulheres com história prévia de transtorno psiquiátrico quando comparadas com as sem história de transtorno (32,4% x 4,7%) e nas com história familiar de transtorno psiquiátrico comparadas às que não tinham (14,2% x 4,6%), em ambas a associação foi significativa,  $p < 0,05$ . Mulheres com história prévia de transtornos psiquiátricos apresentaram nove vezes mais chance de apresentar DPP (OR igual a 9,71 com intervalo que exclui o valor 1) e as com história familiar de transtorno psiquiátrico três vezes mais chance (OR igual a 3,4 com intervalo que exclui o valor 1).

Tabela 2 – Avaliação da depressão pós-parto segundo história de problemas clínicos e de transtornos psiquiátricos, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	Depressão pós-parto				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• História de problema clínico</b>								
Sim	8	15,1	45	84,9	53	100,0	$p^{(1)} = 0,017^*$	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	$p^{(1)} < 0,001^*$	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	$p^{(2)} = 0,001^*$	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>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

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

A Tabela 3 apresenta os resultados da DPP segundo a faixa etária, estado civil e escolaridade das mães das pesquisadas. Desta tabela, destaca-se que o percentual de mães com DPP foi menos elevada entre as mães com idade até 20 anos (3,6%) e variou de 7,6% a 8,0% nas outras duas faixas etárias, entretanto, ao nível de significância considerado (5,0%) não se comprova diferença significativa.

A prevalência de depressão foi mais elevada entre as quatro mães separadas (2 em 4), ocorreu em 9,6% entre as solteiras e 8,4% no grupo das mães com união consensual, foi nula entre as duas viúvas e 4,5% entre as casadas, diferenças estas que revelam associação significativa entre estado civil e ocorrência de depressão ( $p < 0,05$ ).

Em relação à escolaridade, observa-se que o menor percentual de mães com depressão ocorreu entre as que tinham curso superior (3,8%) e este percentual variou de 7,1% a 8,6% entre as outras três categorias, mas não se comprova associação significativa entre as duas variáveis em análise ( $p > 0,05$ ).

Tabela 3 – Avaliação da depressão pós-parto segundo a faixa etária, estado civil e escolaridade, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	Depressão pós-parto				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Faixa etária</b>								
Até 20	2	3,6	54	96,4	56	100,0	$p^{(1)} = 0,516$	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	5	9,6	47	90,4	52	100,0	$p^{(2)} = 0,033^*$	1,00
Casada	8	4,5	168	95,5	176	100,0		0,45 (0,41 a 1,43)
União consensual	14	8,4	152	91,6	166	100,0		0,87 (0,30 a 2,53)
Viúva	-	-	2	100,0	2	100,0		**
Separada	2	50,0	2	50,0	4	100,0		9,40 (1,09 a 82,00)
<b>• Escolaridade</b>								
Fundamental incompleto	3	7,1	39	92,9	42	100,0	$p^{(1)} = 0,576$	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	16	8,6	170	91,4	186	100,0		2,42 (0,68 a 8,54)
Superior	3	3,8	77	96,3	80	100,0		1,00
<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>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

(\*\*): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

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

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 4, é possível observar que a prevalência de depressão foi maior entre as múltiparas, entretanto, a 5,0% não se comprova associação significativa assim como nenhuma das variáveis contidas na tabela ( $p > 0,05$ ).

Tabela 4 – Avaliação da depressão pós-parto segundo os dados sócio-demográficos, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Você trabalha?</b>								
Sim	13	6,6	185	93,4	198	100,0	p <sup>(1)</sup> = 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 <sup>(1)</sup> = 0,713	1,52 (0,55 a 4,19)
2 a 5	11	7,1	144	92,9	155	100,0		1,25 (0,45 a 3,49)
6 ou mais	6	5,8	98	94,2	104	100,0		1,00
<b>Grupo Total</b>	<b>29</b>	<b>7,3</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 <sup>(1)</sup> = 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>7,3</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 <sup>(1)</sup> = 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>		

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

A prevalência da DPP foi aproximada entre as mulheres que tiveram filhos que nasceram com baixo peso e com peso normal (7,6% x 7,3%) e não se comprova associação significativa ( $p > 0,05$ ), mas foi 6,0% mais elevada entre as mães que com parto normal do que as de parto cesáreo (10,5% x 4,5%), com associação significativa (OR igual 2,55 e intervalo que exclui 1,00), conforme os resultados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação da depressão pós-parto segundo dados relacionados com o parto, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	Depressão pós-parto				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Peso da criança ao nascer</b>								
Até 2500	5	7,6	61	92,4	66	100,0	p <sup>(2)</sup> = 1,000	1,04 (0,38 a 2,83)
> 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>								
Normal	17	10,8	140	89,2	157	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,016*	2,55 (1,16 a 5,60)
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>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

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

(2): Através do teste Exato de Fisher.

É possível observar da Tabela 6 que a prevalência de DPP foi mais elevada entre as mães que tiveram complicação durante a gravidez ou o parto (10,6% x 5,4%), entre as mães cujos bebês tiveram complicações logo após o nascimento (9,3% x 6,3%) e 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 e cada uma destas três variáveis.

Tabela 6 – Avaliação da depressão pós-parto segundo intercorrências durante a gravidez ou parto, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	Depressão pós-parto				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Complicação durante a gravidez ou o parto</b>								
Sim	15	10,6	126	89,4	141	100,0	p <sup>(1)</sup> = 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 <sup>(1)</sup> = 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 <sup>(1)</sup> = 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>		

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

Na Tabela 7, verifica-se que a prevalência de DPP foi mais elevada entre as mulheres que a gravidez não foi desejada (10,1% x 5,4%) e nas que realizaram tratamento para engravidar (11,8% x 7,1%), entretanto, a 5,0% não chega a comprovar-se associação significativa entre as duas variáveis em análise. Associação significativa ( $p < 0,05$ , OR igual a 2,52 e intervalo de confiança que varia de 1,16 a 5,49) ocorreu com a taxa mais elevada de DPP entre as que tiveram história prévia de aborto espontâneo (12,9% x 5,6%).

Tabela 7 – Avaliação do episódio de depressão pós-parto segundo as questões relacionadas com a gravidez, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Variável	Depressão maior				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Gravidez desejada</b>								
Sim	14	5,4	246	94,6	260	100,0	$p^{(1)} = 0,077$	1,00
Não	14	10,1	124	89,9	138	100,0		
<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	$p^{(1)} = 0,017^*$	2,52 (1,16 a 5,49)
Não	17	5,6	289	94,4	306	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>		
<b>• Realizou tratamento para engravidar</b>								
Sim	2	11,8	15	88,2	17	100,0	$p^{(2)} = 0,357$	1,74 (0,38 a 8,02)
Não	27	7,1	353	92,9	380	100,0		
<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>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

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

(2): Através do teste Exato de Fisher.

A prevalência de DPP foi de 8,2% no grupo de puérperas da rede pública e 4,7% no grupo da rede privada, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa.

#### 6.4 Prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos.

Das 400 mulheres entrevistadas, 254 (63,5%) apresentava algum sintoma obsessivo-compulsivo, 57,8% delas relataram alguma obsessão e 47,5% alguma compulsão.

Na Tabela 8, observamos que a prevalência de obsessões foi maior entre as mulheres que apresentavam DPP quando comparado às puérperas saudáveis (89,7% x

55,3%) e esta diferença mostrou ser significativa,  $p < 0,001$ , OR igual a 7,02 com intervalo que exclui 1,00.

Avaliando isoladamente cada tipo de obsessão, apenas as obsessões religiosas a 5,0% não chega a comprovar associação significativa com a DPP,  $p = 0,069$ . Os demais tipos como, obsessões com agressão, com contaminação, com conteúdo sexual, com simetria, exatidão e alinhamento, somáticas e as diversas apresentaram frequência maior no grupo de mulheres com DPP,  $p < 0,001$ .

Ainda na Tabela 8, verificamos que os tipos de obsessões com maior prevalência nas mulheres com DPP foram obsessões com agressão ( $n = 21$ , 72,4%) e com contaminação ( $n = 21$ , 72,4%).

Os itens das obsessões com agressão são apresentados na Tabela 9, avaliados isoladamente apresentam associação significativa à 5% com a ocorrência da DPP, exceto pensamento intrusivo ou ímpeto de roubar.

Tabela 8 – Avaliação das obsessões no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Tipo de obsessão	Depressão pós-parto				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Com agressão</b>								
Sim	21	72,4	107	28,8	128	32,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	6,48 (2,78 a 15,07)
Não	8	27,6	264	71,2	272	68,0		
<b>• Com contaminação</b>								
Sim	21	72,4	123	33,2	144	36,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	5,29 (2,28 a 12,29)
Não	8	27,6	248	66,8	256	64,0		
<b>• Com conteúdo sexual</b>								
Sim	8	27,6	11	3,0	19	4,8	p <sup>(2)</sup> < 0,001*	12,47 (4,53 a 34,28)
Não	21	72,4	360	97,0	381	95,3		
<b>• Religiosas</b>								
Sim	7	24,1	42	11,3	49	12,3	p <sup>(2)</sup> = 0,069	2,49 (1,00 a 6,19)
Não	22	75,9	329	88,7	351	87,8		
<b>• Simetria, exatidão ou alinhamento</b>								
Sim	11	37,9	36	9,7	47	11,8	p <sup>(2)</sup> < 0,001*	5,69 (2,49 a 12,98)
Não	18	62,1	335	90,3	353	88,3		
<b>• Diversas</b>								
Sim	21	72,4	128	34,5	149	37,3	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	4,98 (2,15 a 11,57)
Não	8	27,6	243	65,5	251	62,8		
<b>• Somáticas</b>								
Sim	8	27,6	38	10,2	46	11,5	p <sup>(2)</sup> = 0,011*	3,34 (1,38 a 8,06)
Não	21	72,4	333	89,8	354	88,5		
<b>• Qualquer tipo de obsessão</b>								
Sim	26	89,7	205	55,3	231	57,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	7,02 (2,09 a 23,59)
Não	3	10,3	166	44,7	169	42,3		
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

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

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 9 – Itens das obsessões com agressão no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro de 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Obsessões com agressão	Depressão Maior				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Ferir-se</b>								
Sim	7	24,1	8	2,2	15	3,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	**
Não	22	75,9	363	97,8	385	96,3		
<b>• Ferir alguém</b>								
Sim	11	37,9	16	4,3	27	6,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	13,56 (5,50 a 33,42)
Não	18	62,1	355	95,7	373	93,3		
<b>• Imagens violentas ou horríveis</b>								
Sim	14	48,3	46	12,4	60	15,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	6,59 (2,99 a 14,55)
Não	15	51,7	325	87,6	340	85,0		
<b>• Falar obscenidades ou insultar outras pessoas</b>								
Sim	8	27,6	13	3,5	21	5,3	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	10,49 (3,92 a 28,08)
Não	21	72,4	358	96,5	379	94,8		
<b>• Fazer coisas constrangedoras</b>								
Sim	8	27,6	7	1,9	15	3,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	***
Não	21	72,4	364	98,1	385	96,3		
<b>• Executar impulsos indesejáveis</b>								
Sim	11	37,9	20	5,4	31	7,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	10,73 (4,47 a 25,73)
Não	18	62,1	351	94,6	369	92,3		
<b>• Roubar coisas</b>								
Sim	1	3,4	2	0,5	3	0,8	p <sup>(1)</sup> = 0,203	**
Não	28	96,6	369	99,5	397	99,3		
<b>• Ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso</b>								
Sim	7	24,1	19	5,1	26	6,5	p <sup>(1)</sup> = 0,001*	5,90 (2,24 a 15,52)
Não	22	75,9	352	94,9	374	93,5		
<b>• Medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível</b>								
Sim	15	51,7	45	12,1	60	15,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	7,76 (3,52 a 17,14)
Não	14	48,3	326	87,9	340	85,0		
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		

(\*) : Associação significativa a 5,0%.

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

(1) : Através do teste Exato de Fisher.

A Tabela 10 retrata a frequência de compulsões nas mulheres com DPP e nas puérperas saudáveis. Vinte e duas (75,9%) das 29 mulheres com DPP e 168 (45,3) das 371 puérperas estavam apresentando alguma compulsão. Tal diferença mostrou ser significativa, p=0,001. Mulheres com DPP tiveram 3,8 vezes mais chance de apresentar alguma compulsão, OR igual a 3,8 com intervalo que exclui o 1,00.

Os tipos de compulsões mais freqüentes na DPP foram de limpeza/lavagem e verificação e controle.

Tabela 10 – Avaliação das compulsões no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Tipo de compulsões	Depressão pós-parto				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Limpeza/lavagem</b>								
Sim	16	55,2	74	19,9	90	22,5	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	4,94 (2,28 a 10,72)
Não	13	44,8	297	80,1	310	77,5		1,00
<b>• Verificação ou controle</b>								
Sim	18	62,1	93	25,1	111	27,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	4,89 (2,23 a 10,74)
Não	11	37,9	278	74,9	289	72,3		1,00
<b>• Repetições</b>								
Sim	9	31,0	31	8,4	40	10,0	p <sup>(2)</sup> = 0,001*	4,94 (2,07 a 11,76)
Não	20	69,0	340	91,6	360	90,0		1,00
<b>• Contagem</b>								
Sim	4	13,8	10	2,7	14	3,5	p <sup>(2)</sup> = 0,013*	5,78 (1,69 a 19,73)
Não	25	86,2	361	97,3	386	96,5		1,00
<b>• Acumular/colecionar</b>								
Sim	4	13,8	12	3,2	16	4,0	p <sup>(2)</sup> = 0,022*	4,79 (1,44 a 15,92)
Não	25	86,2	359	96,8	384	96,0		1,00
<b>• Diversas</b>								
Sim	13	44,8	59	15,9	72	18,0	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	4,30 (1,96 a 9,40)
Não	16	55,2	312	84,1	328	82,0		1,00
<b>• Qualquer tipo de compulsão</b>								
Sim	22	75,9	168	45,3	190	47,5	p <sup>(1)</sup> = 0,001*	3,80 (1,58 a 9,11)
Não	7	24,1	203	54,7	210	52,5		1,00
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Associação significativa a 5,0%.

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

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Para a avaliação dos resultados, obsessões e compulsões que ocorreram apenas no passado e não estavam mais presentes nas puérperas foram excluídas. Observando o período de início das obsessões e compulsões, percebemos que na DPP havia uma porcentagem de mulheres que já tinham sintomas obsessivo-compulsivos e persistiam com eles e outra que estes sintomas se iniciavam no pós-parto.

O grupo de mulheres com DP apresentou uma porcentagem maior de obsessões e compulsões que se iniciaram no pós-parto, mas não houve diferença significativa, apenas nas compulsões diversas, conforme as Tabelas 11 e 12.

Tabela 11 – Avaliação da época de início dos sintomas obsessivos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Presença de obsessões	Depressão maior				Grupo Total		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
<b>• Com agressão</b>							
Início antes do pós-parto	9	42,9	50	46,7	59	46,1	p <sup>(1)</sup> = 0,931
Início no pós-parto	12	57,1	57	53,3	69	53,9	
Total	21	100,0	107	100,0	128	100,0	
<b>• Com contaminação</b>							
Início antes do pós-parto	16	76,2	102	82,9	118	81,9	p <sup>(2)</sup> = 0,319
Início no pós-parto	5	23,8	21	17,1	26	18,1	
Total	21	100,0	123	100,0	144	100,0	
<b>• Com conteúdo sexual</b>							
Início antes do pós-parto	5	62,5	8	72,7	13	68,4	p <sup>(2)</sup> = 0,506
Início no pós-parto	3	37,5	3	27,3	6	31,6	
Total	8	100,0	11	100,0	19	100,0	
<b>• Religiosas</b>							
Início antes do pós-parto	6	85,7	37	88,1	43	87,8	p <sup>(2)</sup> = 0,594
Início no pós-parto	1	14,3	5	11,9	6	12,2	
Total	7	100,0	42	100,0	49	100,0	
<b>• Simetria, exatidão ou alinhamento</b>							
Início antes do pós-parto	9	81,8	35	97,2	44	93,6	p <sup>(2)</sup> = 0,132
Início no pós-parto	2	18,2	1	2,8	3	6,4	
Total	11	100,0	36	100,0	47	100,0	
<b>• Diversas</b>							
Início antes do pós-parto	17	80,9	115	89,8	132	85,6	p <sup>(2)</sup> = 0,199
Início no pós-parto	4	19,1	13	10,2	17	11,4	
Total	21	100,0	128	100,0	149	100,0	
<b>• Somáticas</b>							
Início antes do pós-parto	6	75,0	25	65,8	31	67,4	p <sup>(2)</sup> = 0,477
Início no pós-parto	2	25,0	13	34,2	15	32,6	
Total	8	100,0	38	100,0	46	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>	

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

(2): Através do teste Exato de Fisher

Tabela 12 – Avaliação da época de início dos sintomas compulsivos no grupo de puérperas com depressão pós-parto e nas saudáveis, de setembro a 2007 a julho de 2008, Recife/PE.

Presença de compulsões	Depressão maior				Grupo Total		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>• Limpeza/lavagem</b>							
Início antes do pós-parto	10	62,5	57	77,0	67	74,4	p <sup>(2)</sup> = 0,184
Início no pós-parto	6	37,5	17	23,0	23	25,6	
Total	16	100,0	74	100,0	90	100,0	
<b>• Verificação ou controle</b>							
Início antes do pós-parto	10	55,6	63	67,7	73	65,8	p <sup>(2)</sup> = 0,467
Início no pós-parto	8	44,4	30	32,3	38	34,2	
Total	18	100,0	93	100,0	111	100,0	
<b>• Repetições</b>							
Início antes do pós-parto	7	77,8	28	90,3	35	87,5	p <sup>(2)</sup> = 0,311
Início no pós-parto	2	22,2	3	9,7	5	12,5	
Total	9	100,0	31	100,0	40	100,0	
<b>• Contagem</b>							
Início antes do pós-parto	2	50,0	9	90,0	11	78,6	p <sup>(2)</sup> = 0,176
Início no pós-parto	2	50,0	1	10,0	3	21,4	
Total	4	100,0	10	100,0	14	100,0	
<b>• Acumular/colecionar</b>							
Início antes do pós-parto	4	100,0	12	100,0	16	100,0	p <sup>(2)</sup> = 1,0
Início no pós-parto	-	-	-	-	-	-	
Total	4	100,0	12	100,0	16	100,0	
<b>• Diversas</b>							
Início antes do pós-parto	9	69,2	54	91,5	63	87,5	p <sup>(2)</sup> = 0,049*
Início no pós-parto	4	30,8	5	8,5	9	12,5	
Total	13	100,0	59	100,0	72	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>	

(\*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste qui-quadrado de Pearson

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Das 26 mulheres com DPP que relatavam sintomas obsessivo-compulsivos, 14 (53,8%) preencheram os critérios para diagnóstico de TOC, de acordo com a MINI. Sendo que, cinco já apresentavam o quadro de TOC antes do pós-parto e nove iniciaram no pós-parto.

Em toda a amostra, 36 (9%) mulheres apresentaram diagnóstico de TOC, sendo que nove (2,3%) iniciaram o transtorno no pós-parto.

## 7. DISCUSSÃO

Neste estudo foi feita opção por incluir na amostra apenas mulheres com mais de duas semanas de pós-parto, com objetivo de evitar detecção dos sintomas do *Maternity Blues*, que se iniciam horas ou poucos dias após o parto e tem remissão em sete a dez dias. E como não há consenso quanto limite de tempo para o início dos sintomas da DPP, optou-se por limite de 26 semanas, conforme a maioria dos estudos de prevalência. Foram incluídas também apenas mulheres cujos bebês fossem referidos como saudáveis, para que não ocorresse confusão com sintomas de transtorno de ajustamento ou outra situação decorrente ao estresse devido à doença do filho. E apenas mulheres com capacidade de exercer sua autonomia e que optaram livremente e conscientemente em participaram da pesquisa foram entrevistadas.

A prevalência de DPP de 7,3%, encontrada em nossa amostra, mostrou-se menor do que as descritas em estudos prévios feitos no Brasil. Provavelmente, essa diferença da prevalência encontrada deve-se à metodologia usada, pois, apenas os critérios diagnósticos do DSM-IV ou da CID-10, através de entrevistas semi-estruturadas específicas, são considerados padrão-ouro para precisão diagnóstica. A EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) foi utilizada por Da-Silva et al. (1998) que encontrou prevalência de 12% de DPP, no Estado do Rio de Janeiro, por Cruz et al. (2005) que verificou taxa 37,1%, no Estado de São Paulo e por Correia (2006) que observou 21% de DPP, na Paraíba. Moraes et al. (2006) usou a Escala de depressão de Hamilton e observou prevalência de 19,1%, no Rio Grande do Sul. A EPDS foi desenhada para rastreamento de DPP e não para diagnóstico e a Escala de depressão de Hamilton tem como objetivo avaliar a gravidade do quadro depressivo e, por isso, as taxas podem ter sido superestimadas nos estudos que utilizaram estes instrumentos. O nosso estudo teve taxa mais aproximada com o trabalho de Cantilino et al. (2007), que ao realizar um estudo de validação da PDSS (postpartum depression screening scale), encontrou numa amostra de puérperas no Recife a prevalência de 13,3% de DPP.

As mulheres com história prévia de transtorno psiquiátrico mostram ter um risco nove vezes maior para a ocorrência de DPP do que aquelas que nunca apresentaram um transtorno psiquiátrico. Aquelas que apresentam familiares com algum transtorno psiquiátrico mostraram um risco três vezes maior de ter DPP, o que reforça a idéia da

participação genética na etiologia da DPP (SUN et al., 2004). Mulheres que relataram apresentar algum problema clínico, como hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outra condição, mostraram ter também maior risco para desenvolver DPP, possivelmente pela vivência estressante do cuidar da própria saúde. Na nossa amostra, quatro mulheres eram separadas, e destas, duas tinham DPP. Apesar do número de casos pequeno, foi significativa a associação entre separação e DPP e é possível que viver uma separação conjugal nesta época da vida tenha contribuído como um fator psicossocial na etiologia da DPP.

Fatores que avaliam a condição sócio-econômica como renda familiar, estar trabalhando, número de pessoas que dependem da renda e escolaridade não mostraram associação com a DPP. Foi observado durante esta pesquisa casos de DPP em mulheres com alto poder aquisitivo e casos de mulheres com precárias condições sócio-econômicas que se mostravam saudáveis mentalmente, o que nos faz pensar que o poder econômico não é um fator fundamental nem como desencadeante nem como protetor na ocorrência da DPP.

Maior prevalência maior de DPP entre adolescentes foi observada por Correia (2006), mas em nosso estudo apenas duas mulheres com DPP tinham menos de 20 anos e não observamos associação entre idade e DPP.

Observamos em nossa amostra associação entre parto normal e DPP. Alguns estudos prévios relatavam relação entre parto cesariano e DPP (BOYCE e TOLD, 1992; HANNAH et al., 1992) e outros não observaram associação entre tipo de parto e DPP (CORREIA, 2006). O que pode explicar este achado em nosso estudo são as observações de algumas mulheres que consideraram o parto normal uma experiência difícil, algumas relataram que se sentiram desassistidas pela equipe de saúde, que tiveram trabalhos de parto demorados, que tiveram dores intensas e por longo período de tempo e que temiam a morte do bebê. É possível que o modelo de saúde brasileiro atual não tem permitido uma assistência adequada às mulheres durante o trabalho de parto e que as faz experimentar este momento como uma situação de estresse, insegurança e medo.

O número de filhos, o peso da criança ao nascer e relatos de complicações na gestação ou no parto e de intercorrências com o recém-nascido não mostraram associação significativa com a DPP em nossa amostra. Foi observado associação entre história de abortamento espontâneo prévio e DPP, assim como já relatado por outros pesquisadores, mas não encontramos uma justificativa para este achado. Não foi

observada relação entre a gravidez não ser desejada e a DPP. Uma limitação deste estudo foi não termos colhido a informação sobre o planejamento da gestação, pois em alguns estudos apenas a gravidez não planejada mostrou associação com a DPP (CORREIA, 2006).

Os fatores de risco para DPP variam de acordo com a população e a cultura estudada, os achados deste estudo refletem as condições da população de puérperas da região metropolitana do Recife/PE. O'Hara e Swain (1996) fizeram uma revisão de estudos de fatores de risco de DPP de vários países e seus achados estão de acordo com o que foi verificado em nossa população. Eles encontraram como consistente fator associado à DPP: a depressão durante a gestação; como moderados fatores: a ansiedade pré-natal, história prévia de depressão, fatores sociais como eventos de vida estressantes e precário suporte social; e fracos fatores associados à DPP: fatores obstétricos e complicações no parto, relação marital e renda. Beck (2001), numa revisão semelhante, chegou à conclusão de que fatores como presença de blues materno, gravidez não planejada ou desejada, estado civil ou sócio-econômico, têm pequena importância como fator de risco, enquanto que história prévia de depressão, ansiedade ou depressão pré-natal, estresse nos cuidados com o bebê, temperamento infantil, auto-estima, estressores ambientais, suporte social, ou relação com o cônjuge, seriam fatores de risco moderados.

Um importante resultado deste estudo foi a verificação de que sintomas obsessivo-compulsivos são freqüente em puérperas. Em nossa amostra, 63,5% das mulheres relataram apresentar alguma obsessão e/ou compulsão. Isso confirma os achados de Rachman e De Silva (1978), os quais foram os primeiros a demonstrar que pensamentos obsessivos intrusivos e compulsões podem ocorrer universalmente, de forma esporádica e sem repercussões em pessoas saudáveis.

Observamos que 55,3% das puérperas saudáveis relataram apresentar algum sintoma obsessivo-compulsivo, já 89,7% das puérperas deprimidas fizeram este relato. Esta diferença mostrou ser significativa,  $p < 0,001$ . Mulheres com DPP tiveram sete vezes mais risco de estar apresentando alguma obsessão ou compulsão do que as não deprimidas.

Algumas mulheres com DPP relataram que os sintomas obsessivo-compulsivos iniciaram-se no pós-parto, outras que eles já existiam e se intensificaram neste período,

mas verificamos que não houve diferença estatística entre a frequência destas duas situações.

Diferentemente de alguns estudos prévios, em nossa amostra obsessões com agressão não foi o sintoma mais frequentes nas puérperas deprimidas. Dentre as mulheres com DPP, 72,4% apresentavam obsessões com agressão, a mesma porcentagem apresentava obsessões com contaminação e obsessões que se incluem no grupo diversas, 62,1% delas apresentava compulsão de verificação e controle e 55,2% compulsão de limpeza/lavagem.

Ao se discriminar as obsessões com agressão, as mais frequentes foram medo de ser responsabilizada por algum acontecimento terrível, imagens recorrentes violentas ou terríveis, ímpeto de ferir alguém e ímpeto de executar impulsos indesejáveis.

Apesar de não ter sido computado quantitativamente, foi observado durante as entrevistas, tanto as puérperas saudáveis quanto as deprimidas, relatos de obsessões e/ou compulsões que envolviam o bebê. Houve relatos de pensamentos, imagens ou impulsos agressivos envolvendo a criança, tais como: medo de deixar bebê cair no chão, impulso de jogar água fervendo sobre o bebê, de jogá-lo contra a parede, ímpeto de jogar o recém-nascido no rio todas as vezes que se passava por uma ponte, impulso ou pensamento intrusivo de colocar o bebê no forno, imagens recorrentes do bebê morrendo sufocado no berço, sendo picado por insetos ou sofrendo um acidente ou sangrando. Quanto às obsessões com contaminação, além dos itens habituais (como pensamentos recorrentes, preocupações ou incômodo acerca de secreções corporais, sujeira ou vermes, contaminantes ambientais, animais e preocupação recorrente em ficar doente por causa de contato com contaminantes), houve relatos de medo de contaminar o bebê devido mãos contaminadas e medo do bebê entrar em contato com certos contaminantes. Algumas compulsões de verificação e controle relatadas, além dos itens habituais, foram verificar se o bebê estava respirando ou se nada terrível aconteceu a ele.

É necessário salientar que a ocorrência de pensamentos obsessivos agressivos contra o bebê não está relacionada com comportamentos infanticidas. Pensamentos obsessivos são intrusivos, não reconhecidos como pensamentos que se esperaria ter, causam ansiedade e desconforto e a pessoa tenta resistir a eles, ignorá-los ou neutralizá-los. Idéias infanticidas ocorrem geralmente nas mulheres com psicose pós-parto e o infanticídio ocorre em quadros delirantes agudos, em que a mulher crê que está fazendo

um bem à criança lhe livrando de perseguidores ou a poupando de algum mal ou que a criança é algum monstro ou demônio.

A etiologia biológica para a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos na DPP ainda não é conhecida. Sabe-se que o pós-parto é um período vulnerável para o desencadeamento de TOC e é possível que os mesmos mecanismos sugeridos para este fenômeno sejam os mesmos responsáveis pela precipitação de obsessões e compulsões no período puerperal. O estrogênio e a progesterona têm influência na neurotransmissão cerebral (McEVAN, 2002) e supõe-se que a uma queda destes hormônios gonadais e sua influência no sistema serotoninérgico possam estar relacionadas com o desencadeamento do TOC no pós-parto (STEINER et al. 2003). A elevação da ocitocina, responsável pela contração uterina no final da gestação e pela lactação, também parece estar implicada (McDOUGLE et al., 1999), pois Leckman et al. (1994) observaram que portadores de TOC tinham níveis de ocitocina elevados no líquido.

Na amostra total detectamos prevalência de 9% (36) de TOC. O TOC foi diagnosticado quando os sintomas obsessivo-compulsivos eram intensos, freqüentes, consumiam tempo (mais de uma hora por dia) e interferiam no funcionamento social e ocupacional da mulher. Há poucos estudos de prevalência do TOC no pós-parto, um deles foi realizado por Wenzel et al. (2003) que observou prevalência de 2,6% de TOC em mulheres com oito semanas de pós-parto. Consideramos alta a prevalência de TOC encontrada neste estudo, é possível, que isto deva-se ao instrumento utilizado, pois, a MINI permite ao entrevistador julgar a gravidade da interferência dos sintomas no funcionamento social e ocupacional do entrevistado para fazer o diagnóstico. Com isto, um profissional não experiente pode superestimar a prevalência do TOC.

Dentre as 26 mulheres com DPP que tinham sintomas obsessivo-compulsivos, 14 tinham TOC, sendo a proporção de TOC comorbido com a DPP de 53,8%. Esta taxa está de acordo com o que tem sido descrito na literatura médica, estudos tem mostrado taxas de comorbidade entre TOC e depressão maior entre 35% a 75% (TUKEL et al. 2002 e 2006) e a coexistência desses dois transtornos tem sido associada à cronicidade e gravidade dos sintomas e pior resposta ao tratamento.

Apesar deste estudo, por ser de desenho transversal e observacional, ter como limitação não permitir inferências causais, concluímos que há associação entre a DPP e a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos. A pesquisa destes sintomas deve se

tornar parte da anamneses feita por profissionais de saúde que se dedicam à assistência de mulheres com depressão no puérpério. O impacto destes sintomas na gravidade do quadro depressivo, na resposta ao tratamento e as repercussões na vida da mulher requerem mais estudos para serem esclarecidos.

Foi observado durante este estudo que poucas mulheres das quais foi feito diagnóstico de DPP ou TOC tinham procurado ajuda profissional ou tinham sido alertada quanto a isto por algum profissional de saúde. A gestação e o puerpério são uma época em que a mulher tem um contato estreito com profissionais de saúde, como obstetras, pediatras, enfermeiras e técnicas de enfermagem, e estes profissionais têm papel fundamental para informar as mulheres sobre os sintomas da depressão, para orientá-la a procurar profissional de saúde mental caso esteja apresentando algum sintoma e também para identificar mulheres com alto risco de desenvolver DPP e aquelas que estejam apresentando o quadro. Ainda é necessário uma divulgação maior sobre a DPP, sua prevalência, seus sintomas e formas de tratamento. O preconceito em buscar o psiquiatra ainda é vigente em nosso meio, a informação é o meio para se quebrar esta barreira, facilitando que essas mulheres possam procurar tratamento precocemente.

## 8. CONCLUSÃO

A prevalência da DPP numa amostra de 400 puérperas da região metropolitana de Recife/PE, numa pesquisa realizada de setembro de 2007 a julho de 2008 foi de 7,3%.

As mulheres com maior risco de apresentar DPP foram aquelas:

- . que tinham história prévia de ter apresentado algum transtorno psiquiátrico;
- . que tinham familiares com algum transtorno psiquiátrico;
- . que tinham algum problema clínico;
- . que eram separadas;
- . que tiveram parto normal;
- . que tinha história prévia de abortamento espontâneo;

Os fatores que não se relacionaram com o surgimento de DPP incluíram idade, paridade, escolaridade, variáveis econômicas, complicações obstétricas, tratamento para engravidar e gravidez não desejada.

Das 400 mulheres entrevistadas, 254 (63,5%) apresentava algum sintoma obsessivo-compulsivo, 57,8% delas relataram alguma obsessão e 47,5% alguma compulsão.

Observamos que 55,3% das puérperas saudáveis relatou apresentar algum sintomas obsessivo-compulsivo, já 89,7% das puérperas deprimidas fez este relato. Esta diferença mostrou ser significativa,  $p < 0,001$ .

Dentre as mulheres com DPP 72,4% apresentavam obsessões com agressão, a mesma porcentagem apresentavam obsessão com contaminação e obsessão que se inclui no grupo diversas, 62,1% delas apresentava compulsão de verificação e controle e 55,2% compulsão de limpeza/lavagem.

Ao se discriminar as obsessões com agressão as mais frequentes foram medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível, imagens recorrentes violentas ou terríveis, ímpeto de ferir alguém e ímpeto de executar impulsos indesejáveis.

Na amostra total detectamos prevalência de 9% de TOC. A proporção de TOC comorbido com a DPP foi de 53,8%.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOWITZ, J.S.; SCHWARTZ, A.S.; MOORE, K.M.; LUENZMANN, K.R. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and puerperium: A review of literature. **Anxiety Disorders**, v.17, p.461-478, 2003.

ABRAMOWITZ, J.S.; NELSON, C.A.; RYGWALL, R.; KHANDKER, M. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. **J Anx Dis**, v. 21, p.91-104, 2007.

ALSHULER, L.L.; HENDRICK, V.; COHEN, L.S. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. **J Clin Psychiatry**, v.59, suppl.2, p.29-33, 1998.

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

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatria**, v.22, n.3, p.106-115, 2000.

APPLEY, L.; WARNER, R.; WHITTON, A.; FARAGHER, B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counseling in the treatment of postnatal depression. **BMJ**, v.314, p.932-936, 1997.

ARAÚJO, L.A. Escalas de avaliação do transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. **Rev Psiq Clin**, v.25, n.6, p.307-309, 1998.

ARMASTRONG, K.L.; FRASER, J.A.; DADDS, M.R.; MORRIS, J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. **J Pediatr Child Health**, v.35, p.237-244, 1999.

AUSTIN, M.P.; TULLY, L.; PARKER, G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postpartum depression. **J Affect Dis**, v.101, p.169-174, 2007.

BECK, C.T. The Lived Experience of Postpartum Depression: A Phenomenological study. **Nur Res**, v.41, n.3, p.166-170, 1992.

BECK, C.T. Predictors of postpartum depression: an update. **Nurs res**, v.50, n.5, p.275-285, 2001.

BERNSTEIN, I.R.; RUSH, A.J.; YONKERS, K.; CARMODY, T.J.; WOO, A.; MCCONNELL, K.; TRIVEDI, M.H. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? **Depress Anxiety**, v.25, n.1, p.20-26, 2006.

BJORGVINSSON, T.; HART, J.; HEFFELFINGER, S. Obsessive-compulsive disorder: update on assessment and treatment. **J Psychiatr Pract**, v.13, n.6, p.362-372, 2007.

BLOCH, M.; SCHMIDT, P.J.; DANACEAU, M.; MURPHY, J.; NIEMAN, L.; RUBINOW, D.R. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. **Am J Psychiatry**, v.157, n.6, p.924-930, 2000.

BLOCH, M.; ROBERT, C.D.; RUBINOW, D.R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Compr Psychiatry**, v.44, n.3, p.234-246, 2003.

BLOCH, M.; ROTENBERG, N.; KOREN, D.; KLEIN, E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **J Affect Dis**, v.89, p.9-18, 2005.

BOUTET, C.; VERCUEIL, L.; SCHELSTRAETE, C.; BUFFIN, A.; LEGROS, J.J. Oxytocin and maternal stress during the post-partum period. **Ann Endocrinol**, v.67, n.3, p.214-223, 2006.

BOYCE PM, TODD AL. Increase risk of postnatal depression after emergency cesarean section. **Med J Aust**, v.157, n.3, p.172-174, 1992.

BRENT, N.B.; WISNER, K.L. Fluoxetine and carbamazepine concentration in a nursing mother/infant pair. **Clin Pediatr**, v.37, p.41-44, 1998.

BROCKINGTON, I.F.; CERMIK, K.F.; SCHOFIELD, E.M.; DOWNING, A.R.; FRANCIS, A.F.; KEELAN, C. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. **Arch Gen Psychiatry**, v.38, n.7, p.829-833, 1981.

BRUGHA, T.S.; WHETLEY, S.; TAUB, N.A.; CULVERWELL, A.; FRIEDMAN, T.; KIRWAB, P.; JONES, D.R.; SHAPIRO, D.A. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. **Psychol Med**, v.30, p.1273-1281, 2000.

BUIST, A.; WESTEY, D.; HILL, C. Antenatal prevention of postnatal depression. **Arch Women Ment Health**, v.1, p.167-173, 1997.

CAMPBELL, S.B.; BROWNELL, C.A.; HUNGERFORD, A.; SPIEKER, S.J.; MOHAN, R.; NLESSING, J.S. The Course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. **Dev Psychopathol**, v.16, p.231-252, 2004.

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

CANTILINO, A.; CARVALHO, J.A.; MAIA, A.; ALBUQUERQUE, C.; SOUGEY, E.; Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. **Transcultural Psychiatry**, v.44, p. 672-684, 2007.

CHALBROL, H.; TEISSEDRE, F.; SAINT-JEAN, M.; TEISSEYRE, N.; ROGE, B.; MULLER, E. Prevention and treatment of postpartum depression: a controlled randomized study on women at risk. **Psychol Med**, v.32, p.1039-1047, 2002.

CHURCH, N.F.; BRECHMAN-TOUSSAINT, L.; HINE, D.W. Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? **J Affect Dis**, v.87, p.62-72, 2007.

COHN, J.F.; CAMPBELL, S.B.; MATIAS, R.; HOPKINS, J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. **Dev psychology**, v.26, p.15-23 1990.

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

CORREIA, A.L.V. **Prevalência e fatores de risco associados à Depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa – Paraíba**. 2006. 107f. Dissertação (mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento). Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2006.

COX, J.L.; CONNOR, Y.; KENDELL, R.E. Prospective of psychiatric disorders of childbirth. **Br J Psychiatry**, v.140, p.111-117, 1982.

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

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

DA-SILVA, VA, MORAES-SANTOS AR, CARVALHO MS, MARTINS MLP, TEIXEIRA NA. Prenatal and postnatal among low income Brazilian women. **Braz J Med Biol Res**, v.3, n.6, p.799-804, 1998.

DAVIDSON, J.; ROBERTSON, E. A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. **Acta Psychiatr Scand**, v.71, n.5, p.451-7, 1985.

DEL-BEN, C.M.; VILELA, J.A.; CRIPPA, J.A.; HALLAK, J.E.; LABATE, C.M.; ZUARDI, A.W. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. **Rev Bras Psiquiatria**, v.23, n.3, p.156-159, 2001.

DENNIS, C.E. Prevention postpartum depression part I: a review of biological interventions. **Can J Psychiatry**, v.49, n.8, p.467-473, 2004a.

DENNIS, C.E. Prevention postpartum depression part II: a critical review of non biological interventions. **Can J Psychiatry**, v.49, n.8, p.526-538, 2004b.

DENNIS, C.E.; STEWART, D.E. Treatment of postpartum depression, part I: A critical review of biological interventions. **J Clin Psychiatry**, v.65, n.9, p.1242-1251, 2004.

DENNIS, C.L.; HODNETT, E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. **Cochrane Database Syst Res**, v.17, n.4, CD006116, 2007.

EBERARD-GRAN, M.; TAMBS, K.; OPJORDSMOEN, S.; SKRONDAL, A.; ESKILD, A. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. **Soc Psychiatr Epidemiol**, v.38, p.551-556, 2003.

EVANS, J.; HERON, J.; LEWIA, G.; ARAYA, R.; WOLKE, D. Negative self-schemas and the onset on depression in women: longitudinal study. **Br J Psychiatry**, v.106, p.302-307, 2005.

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

FIELD, T. Infants of depressed mothers. **Dev Psychopathol**, v.4, p.49-66, 1992.

FIELD T. Infants of depressed mothers. **Inf Behav Dev**, v.18, p.1-13, 1995.

FIRST, M.B.; SPITZER, R.L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J.B.W. **Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV)**. Washington (DC): American Psychiatric Press, p.84, 1997.

FORMAN, D.R.; O'HARA, M.W.; STUART, S.; GORMAN, L.L.; LARSEN, K.E.; COY, K.C. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. **Dev Psychopathol**, v.19, p.585-602, 2007.

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

GAVIN, N.I.; GAYNES, B.N.; LOHR, K.N.; MELTZER-BRODY, S.; GARTLEHNER, G.; SWINSON, T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. **Obstet Gynecol**, v.106, p.1071-1083, 2005.

GENTILE, S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. **Drug Saf**, v.28, n.2, p.137-152, 2005.

GLOVER, V. Do biochemical factors play a part in postnatal depression? **Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry**, v.6, n.5, p.605-615, 1992.

GONZALEZ, C.H. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr**, n.21, suppl.2, p.31-34, 1999.

GOODMAN, W.K. The Yale-Brown obsessive compulsive scale, I: development, use and reliability. **Arch Gen Psychiatry**, n.46, p.1006-1011, 1989a.

GOODMAN, W.K. The Yale-Brown obsessive compulsive scale, II: validity. **Arch Gen Psychiatry**, n.46, p.1012-1016, 1989b.

GORDON, N.P.; WALTON, D.; MCADAM, E.; DERMAN, J.; GALLITERO, L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. **Obstet Gynecol**, n.93, p.422-426, 1999.

GRACE, S.L.; EVINDAR, A.; SREWART, D.E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of literature. **Arch Women Ment Health**, n.6, v.4, p.263-274, 2003.

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

HALLIGAN, S.L.; MURRAY, L.; MARTINS, C.; COOPER, P.J. Maternal depression and psychiatric outcome in adolescent offspring: A 13-years longitudinal study. **J Affect Dis**, n.97, p.145-154, 2007.

HANNAH P.; ADAMS D.; LEE A.; GLOVER V.; SANDLER M. Links between early postpartum mood and post-natal depression. **Br J Psychiatry**, n. 160, p. 777-180, 1992.

HARRIS, B.; JOHNS, S.; THOMAS, R.; WALKER, R.; RIAD-FAHMY, D. The hormonal environment of post-natal depression. **Br J Psychiatry**, n.154, p. 660-667, 1989.

HATTON, D.C.; HARRISON-HOHNEN, J.; COSTE, S.; DONATO, V.; CURET, L.B.; MCCARRON D.A. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. **J Hum Lact**, n.21, v.5, p.444-448, 2005.

HAY, D.F.; KUMAR, R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*, n.25, p.165-181, 1995.

HAY, D.F.; PAWLBY, S.; SHARP, D.; ASTEN, P.; MILLS, A.; KUMAR, R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. **J Child Psychol Psychiatry**, n.42, v.7, p.871-889, 2001.

HEARN, C.; ILIFF, A.; JONES, I.; KIRB, A.; ORMISTON, P.; PARR, P. Postnatal depression in the community. **Br J Gen Pract**, n.48, v.428, p.1064-1066, 1998.

HENDRICK U, ALTSHULER L, SURI R. Hormonal changes in postpartum and implications for postpartum depression. **Psychosomatics**, n.39, p.93-101, 1998.

HENDRICK, V.; ALTSHULER, L.; STROUSE, T.; GROSSER, S. Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. **Depress anxiety**, n.11, v.2, p.66-72, 2000.

HENDRICK, V.; STOWE, Z.N.; ALTSHULER, L.L.; MINTZ, J.; HWANG, S.; HOSTETTER, A.; SURI, R.; LEIGHT, K.; FUKUCHI, A. Fluoxetine and norfluoxetine concentration in nursing infants and breast milk. **Biol Psychiatry**, n.50, p.775-782, 2001.

HENSHAW, C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. **Arch Women Ment Health**, n.6, suppl.2, p.a33-a42, 2003.

HERRERA, E.; REISSLAND, N.; SHEPHERD, J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. **J Affect Dis**, n.81, p.29-39, 2004.

HIPWELL, A.E.; GOOSSENS, F.A.; MELHUIISH, E.C.; KUMAR, R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. **Dev Psychopathol**, n.12, p.157-175, 2000.

HODNETT, E.D.; LOWE, N.K.; HANNAH, M.E.; WILLIAN, A.R.; STEVENS, B.; WESTON, J.A.; OHLSSON, A.; GAFNI, A.; MUIR, H.A.; MYHR, T.L.; STREMLER, R. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospital: a randomized controlled trial. **JAMA**, n.288, p.1373-1381, 2002.

JENIKE, M.A. An update on obsessive-compulsive disorder. **Bull Menninger Clin**, v.65, n.1, p.4-25, 2001.

JENNINGS, K.D.; ROSS, S.; POPPER, S.; ELMORE, M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. **J Affect Disord**, v.54, p.21-28, 1999.

JOSEFSSON, A.; LARSSON, C.; SYDSJO, G.; NYLANDER, P.O. Temperament and character in women with postpartum depression. **Arch Women Ment Health**, n.10, p.3-7, 2007.

JOSEFSSON, A.; SYDSJO, G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after years. **Arch Women Ment Health**, v.10, p.141-145, 2007.

KENDELL, R.E.; CHALMERS, J.C.; PLATZ, C. Epidemiology of puerperal psychosis. **Br J Psychiatry**, n.150, p. 662-673, 1987.

KRISTENSEN, J.H.; ILETT, K.F.; HACKETT, L.P.; YAPP, P.; PAECH, M.; BEGG, E.J. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. **Br J Clin Pharmacol**, n.48, p.521-527, 1999.

KUMAR, R.; ROBSON, K.M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. **Br J Psychiatry**, n.144, p.33-47, 1984.

LABAD, J.; MENCHÓN, J.M.; ALONSO, P.; SEGALÀS, C.; JIMÉNEZ, S.; VALLEJO, J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry**, v.66, n.4, p.428-435, 2005.

LECKMAN, J.; GOODMEN, W.; NORTH, W.; CHAPPELL, P.; PRICE, L.; PAULS, D.; ANDERSON, G.; RIDDLE, M.; MCSWIGGAN-HARDIN, M.; MCDUGLE, C.; BARR, L.; COHEN, D. Elevated cerebrospinal fluid level of oxytocin in obsessive-compulsive disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v.51, p.782-792, 1999.

LESTER, B.M.; CUCCA, J.; ANDREOZZI, B.A.; FLANAGAN, P.; OH, W. Possible association between fluoxetine hydrochloride and colic in an infant. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.32, p.1235-1255, 1993.

LINDAHL, K.; PEARSON, J.L.; COLPE, L. Prevalence of suicidality during pregnancy and postpartum. **Arch Women Ment Health**, v.8, p.77-87, 2005.

LLEWELLYN, A.M.; STOWE, Z.N.; NEMEROFF, C.B. Depression during pregnancy and the puerperium. **J Clin Psychiatry**, v.58, suppl15, p.26-32, 1997.

MAINA, G.; ALBERT, U.; BOGETTO, F.; VASCHETTO, P.; RAVIZZA, L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy delivery. *Psychiatry Res*, v.89, p.49-58, 1999.

MERLOB, P.; STAHL, B.; SULKES, J. Paroxetine during breast-feeding: infant weight gain and maternal adherence to counsel. **Eur J Peadiatr**, v.163, n.3, p.135-139, 2004.

McDOUGLE, C.J.; BARR, L.C.; GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H. Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. **Psychoneuroendocrinology**, v.24, p.1-24, 1999.

McEVEN, B. Estrogen actions throughout the brain. **Recent Prog Horm Res**, v.57, p.385-409, 2002

MCMAHON, C.; BARNETT, B.; KOWALENKO, N.; TENNANT, C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationship, defense styles and mediating role of insecure attachment style. **J Affect Dis**, v.84, p.15-24, 2005.

MOEHLER, E.; BRUNNE, R.; WIEBEL, A.; RECK, C.; RESCH, F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. **Arch Women Ment Health**, v.9, p. 273-278, 2006.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.P.; SILVA, R.A.; HORTA, R.L.H.; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

MORRELL, C.J.; SPIBY, H.; STEWART, P.; WALTERS, S.; MORGAN, A. Cost and effectiveness of community postnatal support workers: a randomized controlled trial. **BMJ**, v.321, p.593-598, 2000.

NEWPORT, D.J.; HOSTETTER, A.; ARNOLD, A.; STOWE, Z.N. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. **J Clin Psychiatry**, v.63, suppl7, p.31-44, 2002.

Newport, D.J.; Owens, M.J.; Kinght, D.; Ragan, K.; Morgan, N.; Nemeroff, C.B.; Stowe, Z.N. Alterations in platelet serotonin transporter binding in women with postpartum onset major depression. **J Psychiatric Res**, v.38, n.5, p.467-473, 2004.

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

O'HARA, M.W.; SCHLECHTE, J.A.; LEWIS, D.A. A controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal factors. **J Abn Psychology**, v.100, p.63-73, 1991.

O'HARA, M.W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. **Int Rev Psychiatry**, v.8, p.37-54, 1996.

O'HARA, M.W.; ZEKOSKI, E.M.; PHILIPS, L.H. A controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. **J Abn Psychology**, v.99, p.3-15, 1990.

OATES, M.R.; COX, J.L.; NEEMA, S.; ASTEN, P.; GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.; et al. Postpartum depression across countries and cultures: a qualitative study. **Br J Psychiatry**, v.184, suppl.46, p.s10-s16, 2004.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

ORTHON, F.S.; ULUKOL, B.; SOYKAN, A. Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. **Acta Paediatrica**, v.96, n.12, p.1777-83, 2007.

PAYNE, J.L. Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. **Am J Psychiatry**, v.164, n.9, p.1329-1332, 2007.

PIONTEK, C.M.; WISNER, K.L.; PEREL, J.M.; PEINDL, K.S. Serum fluvoxamine levels in breastfeeding infants. **J Clin Psychiatry**, v.62, n.2, p.111-3, 2001.

PITT, B. "Atypical" depression following childbirth. **Br J Psychiatry**, v.144, p.1325-1335, 1968.

POPE, S. **Postnatal depression**. A systematic review of published scientific literature to 1999. Australia, National Health and Medical Research Council, 2000.

RACHMAN, E.; SILVA, P. Abnormal and normal obsessions. **Beh Res Ther**, v.16, n.4, p.233-248, 1978.

REID, M.; GLAZENER, C.; MURRAY, G.D.; TAYLOR, G.S. A two-centred pragmatic randomized controlled trial of two interventions of postnatal support. **BJOG**, v.109, p.1164-1170, 2002.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; CONNE-PERREARD, E.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. **J Affect Dis**, v.49, p.167-180, 1998.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; CONNE-PERREARD, E.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **J Affect Dis**, v.70, p.291-306, 2002.

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

ROSS, L.E.; MCLEAN, L.M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. **J Clin Psychiatry**, v.67, n.8, p.1285-1298, 2006.

SHEEHAN, D.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K.H.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E.; HERGUETA, T.; BAKER, R.; DUNBAR, G.C. The Mini international Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, v.59, suppl 20, P.22-33, 1998.

SICHEL, D.A.; COHEN, L.S.; DIMMOCK, J.A.; ROSENBAUM, J.F. Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. **J Clin Psychiatry**, v.54, n.4, p.156-159, 1993.

SINCLAIR, D.; MURRAY, L. The impact of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. **Br J Psychiatry**, v.172, n.58-63, 1998.

SIT, D.; ROTHSCHILD, A.J.; WISNER, K.L. A review of postpartum psychosis. **J Women Health**, v.15, n.4, p.352-368, 2006.

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

STANLEY, C.; MURRAY, L.; STEIN, A. The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. **Dev Psychopathol**, v.16, p.1-18, 2004.

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

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

SUN, H.S.; TSAI, H.W.; KO, H.C.; CHANG, F.M.; YEH, T.L. Association of tryptophan hydroxylase gene polymorphism with depression, anxiety and comorbid depression and anxiety in a population-based sample of postpartum Taiwanese women. **Genes Brain Behav**, v.3, n.6, p.328-336, 2004.

TETI, D.M.; GELFAND, D.M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. **Child Dev**, v.62, p.918-929, 1991.

TUKEL, R.; METERIS, H.; KOYUNCU.; TECER, A.; YAZICI, O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v.256, p.240-245, 2006.

TUKEL, R.; POLAT, A.; OZDEMIR, O.; AKSUT, D.; TURKSY, N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. **Compr Psychiatry**, v.43, p.204-209, 2002.

UGUZ, F.; AKMAN, C.; KAYA, N.; CILLI, A.S. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. **J Clin Psychiatry**, v.68, n.1, p.132-138, 2007.

WEISSMAN, A.W.; LEVY, B.T.; HARTZ, A.J.; BENTLER, S.; DONOHUE, M.; ELLINGROD, V.L.; WISNER, K.L. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. **Am J Psychiatry**, v.161, n.6, p.1066-1078, 2004.

WENZEL, A.; HAUGEN, E.N.; JACKSON, L.C.; ROBINSON, K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. **Arch Women Ment Health**, v.6, n.1, p.43-9, 2003.

WHITBY, D.H.; SMITH, K.M. The use of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in women who are breastfeeding. **Pharmacotherapy**, v.25, n.3, p.411-425, 2005.

WILLIAMS, K.; KORAN, L.M. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and premenstruum. **J Clin Psychiatry**, v.7, p.330-334, 1997.

WIFFEN, V.E.; GOTLIB, I.H. Comparison of Postpartum and Nonpostpartum Depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. **J Cons Clin Psychology**, v.61, n.3, p.485-494, 1993.

WISNER, K.L.; PEINDL, K.S.; GIGLIOTTI, T.; HANUSA, B.H. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. **J Clin Psychiatry**, v.60, n.3, p.176-180, 1999.

WISNER, K.L.; PEREL, J.M.; FINDLING, R.L. Antidepressant treatment during breastfeeding. **Am J Psychiatry**, n.153, n.9, p.1132-1137, 1996.

WISNER, K.L.; PEREL, J.M.; PEINDL, K.S.; HANUSA, B.H.; FINDLING, R.L.; RAPPORT, D. Prevention of recurrence postpartum depression: A randomized clinical trial. **J Clin Psychiatry**, v.62, n.2, p.82-86, 2001

WISNER, K.L.; PEREL, J.M.; PEINDL, K.S.; HANUSA, B.H.; PIOTEK, C.M.; FINDLING, R.L. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. **Am J Psychiatry**, v.161, p.1290-1292, 2004.

WOLMAN, W.L.; CHALMERS, B.E.; HOLFMEYR, J.; NICODEM, V.C. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment; a randomized, controlled study. **Am J Obstet Gynecol**, v.168, p.1388-1393, 1993.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S.D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev Bras Psiquiatr**, v.27, suppl.2, p.56-64, 2005.

ZLOTNICK, C.; JOHNSON, S.L.; MILLER, I.W.; PCARLSTEIN, T.; HOWARD, M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. **Am J Psychiatry**, v.158, p.638-40, 2001.

## 10. ANEXOS

### Anexo A- QUESTIONÁRIO BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICO

Data de realização da entrevista:

1. Qual foi a data do nascimento do bebê?
2. Está com quanto tempo de pós-parto?
3. Qual é a sua idade?
4. Qual o seu estado civil? Solteira ( ); Casada ( );  
Mora junto com o companheiro ( ); viúva ( ); Separada ( )
5. Qual a sua escolaridade? Fundamental incompleto ( );  
Fundamental completo ( ); Ensino médio incompleto ( ); Ensino médio completo  
( ); Superior incompleto ( ); Superior completo ( ); Pós-graduação ( ).
6. Qual a sua renda familiar? Até um 1 salário mínimo ( ); Entre 2 a 5 salários; Entre  
6 e 10 salários ( ); Entre 10 e 20 salários; Acima de 20 salários ( ).
7. Quantas pessoas dependem desta renda?
8. Contando com o último, quantos filhos você já teve?
9. Qual foi o tipo do parto? Normal ( ); Cesariano ( ); à fórceps ( ).
10. Você teve alguma complicação durante a gravidez ou o parto?
11. O seu bebê teve algum tipo de complicação logo após o nascimento?
12. O seu bebê precisou ficar internado logo após nascer? Por quanto tempo?
13. Qual foi o peso dele ao nascer?
14. Você já teve abortamento espontâneo?
15. Você tem história de algum transtorno psiquiátrico?
16. Na sua família, alguém tem ou teve história de transtorno psiquiátrico?

## Anexo B- SCID-I para Episódio Depressivo

### EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

### CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

**A1**

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

No mês passado...  
...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

(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. ? - +

SE SIM: Quanto tempo isso durou?  
(Pelo menos 2 semanas?)

**A2**

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

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros) ? - +

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

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

SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual

desses 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 comer? Comia  
(mais/menos) que o seu normal?  
Isso ocorria quase todos os dias?)

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

**A4**

...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

**A5**

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

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

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

**NOTA:** CONSIDERAR TAMBÉM O  
COMPORTAMENTO DURANTE A  
ENTREVISTA.

<b>A6</b>	<p>...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)</p>	<p>(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias</p>	<p>? - +</p>
<b>A7</b>	<p>...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)</p>	<p>(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)</p> <p>NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.</p>	<p>? - +</p>
<b>A8</b>	<p>...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?</p>	<p>(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)</p>	<p>? - +</p>
<b>A9</b>	<p>...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?</p> <p>SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?</p>	<p>(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</p>	<p>? - +</p>

**A10**

**PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO  
CODIFICADOS COMO “+” E PELO  
MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU  
A(2).** ? - +

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

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

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

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

**A11**

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

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

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

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

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

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

**A12**

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

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

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

Um pouco antes disso começar, você

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

estava bebendo ou usando alguma droga?

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

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

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

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

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

**A13**

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

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

? - +

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

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

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

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

**A14**

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS  
CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no  
último mês?

**CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO**

**CODIFICADOS COMO “+”**

(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO  
DEPRESSIVO MAIOR)

? - +

## Anexo C- MINI para Transtorno Obsessivo-compulsivo

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 idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** agir impulsivamente **ou** medo ou superstição de ser responsável por algo que corra mal **ou** ainda de ser invadido por ideias obsessivas sexuais, dúvidas irreprimíveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas **ou** obsessões religiosas? NÃO SIM

Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida cotidiana, 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

SE **H2 = "NÃO"**, PASSAR A **H4**

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

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



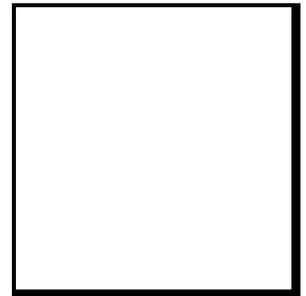
**H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?** NÃO SIM

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

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

**H6 É COTADA "SIM" ?**

Resultado: **NÃO SIM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL**



## Anexo D- Lista Yale-Brown de obsessões e compulsões (Y-BOCKS)

Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinale com um "X" os sintomas que apresentou no **passado (Pa)** ou que ainda existem no momento **presente(Pr)**. Sublinhe os que considerar mais importantes.

Obs.: Os itens assinalados com \* podem não ser sintomas do TOC.

### OBSESSÕES

#### A. Obsessões com agressão:

##### PaPr

- medo de ferir-se
- medo de ferir os outros
- imagens violentas ou horríveis
- medo de falar obscenidades ou insultar outras pessoas
- medo de fazer coisas que causem embaraço\*
- medo de executar impulsos indesejáveis(p. ex. ferir amigos).
- medo de que possa roubar coisas
- medo de que possa ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso
- medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível (Ex.: incêndio, assalto)

Outros:(descrever)\_\_\_\_\_

#### B. Obsessões com contaminação:

##### PaPr

- preocupação ou aversão a resíduos ou secreções corporais (p. ex. urina, fezes, saliva)
- preocupação com sujeira ou germes, ou pó
- preocupação excessiva com contaminantes ambientais (p. ex. asbesto, radiação, lixo tóxico)
- preocupação excessiva com itens de limpeza do lar (p. ex. detergentes, solventes)
- preocupação excessiva com animais (p. ex. insetos)
- preocupação de que possa ficar doente por causa do contato com contaminantes
- preocupação de que outros possam ficar doentes pela disseminação de contaminantes
- nenhuma outra preocupação além da sensação de estar contaminado\*
- incomodo com substâncias viscosas ou resíduos.

Outra(s)\_\_\_\_\_

#### C. Obsessões com conteúdo sexual

**PaPr**

- pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos
- envolvendo crianças ou incesto
- envolvendo homossexualidade\*
- comportamento sexual em relação a outros (agressivo)\*

Outro(s) \_\_\_\_\_

**D. Obsessões de armazenagem e poupança:** (coleccionar, guardar objetos inúteis)

(distinguir de hobbies e preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário) descrever:

\_\_\_\_\_

**E. Obsessões religiosas:** (escrupulosidade)

**PaPr**

- preocupação excessiva com blasfêmias ou sacrilégios
- excesso de preocupação com certo/errado e moral

outra(s) \_\_\_\_\_

**F. Obsessões de simetria, exatidão ou alinhamento:**

**PaPr**

- acompanhadas por pensamento mágico (p .ex. preocupação que a mãe sofrerá um acidente a menos que as coisas estejam no local exato)
  - não acompanhadas por pensamento mágico G.
- Obsessões diversas: Passado / Presente
- necessidade de saber ou lembrar
  - medo de dizer certas coisas ou palavras
  - medo de não dizer a coisa de maneira exata ou correta
  - medo de perder coisas
  - imagens intrusivas (não violentas)
  - sons, palavras ou música intrusivas insensatas
  - incomodação por certos sons/barulhos\*
  - preocupação excessiva com determinados números, palavras
  - preocupação excessiva com cores (significado especial)
  - medos supersticiosos

outras \_\_\_\_\_

**G. Obsessões diversas:**

**PaPr**

- necessidade de saber ou lembrar
- medo de dizer certas coisas ou palavras
- medo de não dizer a coisa de maneira exata ou correta
- medo de perder coisas
- imagens intrusivas (não violentas)
- sons, palavras ou música intrusivas insensatas
- incomodação por certos sons/barulhos\*
- preocupação excessiva com determinados números, palavras
- preocupação excessiva com cores (significado especial)
- medos supersticiosos

outras \_\_\_\_\_

**H. Obsessões somáticas:**

**PaPr**

- preocupação excessiva com doenças\*
- preocupação excessiva com partes ou aspecto do corpo (p. ex. dismorfofobia)\*

outra \_\_\_\_\_

**COMPULSÕES**

**A. Compulsões por limpeza/lavagem:**

**PaPr**

- lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
- banho, escovar dentes, arrumação ou rotina de higiene excessivas ou ritualizadas
- envolver-se excessivamente com itens de limpeza da casa ou objetos (talheres, móveis, etc)
- outras medidas para prevenir ou evitar contato com contaminantes (descrever):

\_\_\_\_\_

**B. Compulsões de verificação ou controle: Passado / Presente**

**PaPr**

- verificar fechaduras, fogão, utensílios, etc.
- verificar várias vezes se feriu ou não outros
- verificar se não se feriu ou não se não vai ferir outros

- verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
- verificar se não cometeu nenhum erro
- verificações ligadas ao corpo ou a doenças

outras \_\_\_\_\_

**C. Repetições:**

**PaPr**

- reler ou rescrever repetidamente parágrafos, páginas;
- necessidade de repetir atividades rotineiras (p. ex. sair/entrar pela porta, sentar/levantar da cadeira) outra(s) \_\_\_\_\_

**D. Compulsões de contagem:**

**PaPr** (descrever)

- \_\_\_\_\_

**PaPr**

- Necessidade de simetria, seqüência, ou alinhamento
- outro(s) \_\_\_\_\_

**F. Compulsões por acumular/coleccionar:** (distinguir de hobbies e preocupação com objetos de valor monetário ou sentimental - por. ex. ler cuidadosamente correspondência inútil, empilhar jornais velhos, preocupação por lixo, colecionar objetos inúteis) Passado / Presente (descrever)

**PaPr**

- \_\_\_\_\_

**PaPr**

- rituais mentais (outros além de contar/checar, repetir mentalmente)
  - fazer listagens excessivas
  - necessidade de perguntar, falar ou confessar
  - necessidade de tocar, bater de leve ou roçar em objetos\*
  - rituais envolvendo piscar, ou olhar fixamente\*
  - medidas para evitar ferir-se ( ), ferir a outros ( ) ou evitar conseqüências desastrosas ou ruins
- Descrever as medidas: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- comportamentos ritualizados para comer\*
- comportamentos supersticiosos
- tricotilomania (arrancar cabelos)\*
- outros comportamentos auto - mutilantes ou auto - danosos (beliscar-se, picar-se)\*

## Anexo E-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito/representante legal do sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecida sobre três projetos de pesquisa intitulados:

- *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e co-morbidade com transtornos ansiosos;*
- *Depressão pós-parto: prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos*

Fui informada que os projetos foram desenvolvidos pelos pesquisadores Amaury Cantilino da Silva Junior e Carla Fonseca Zambaldi, todos do Curso de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da UFPE.

Os seguintes aspectos foram destacados:

1. Os projetos têm como objetivos: estimar a prevalência de depressão e de problemas de ansiedade no pós-parto; avaliar a presença de pensamentos negativos e sintomas obsessivo-compulsivos que mulheres podem ter durante o período do pós-parto.
2. Durante a minha participação na pesquisa serei perguntada quanto a sintomas de depressão e de ansiedade, e precisarei preencher questionários sobre possíveis pensamentos e sintomas relacionados a mim e ao bebê;
3. O pesquisador poderá solicitar que, após uma semana, eu preencha novamente um dos questionários em casa e o poste de volta por correios;
4. 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;
5. Terei garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante

**Qualificação do declarante:**

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Representante legal: \_\_\_\_\_

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 F- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Recife, 05 de julho de 2007

Prezada Investigadora

Informamos a Vsa., que foi aprovado na reunião do dia 04/07/2007, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, “DEPRESSÃO PÓS-PARTO: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS OBSESSIVOS - COMPULSIVOS”, conforme normas para pesquisa, envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,

  
-M<sup>a</sup> Aparecida Torres de Lacerda  
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa - HAM

## Anexo G- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP

Instituto Materno Infantil  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica



### DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa nº 1067, intitulado “**Depressão pós-parto: prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos**”, apresentado pela Pesquisadora **Carla Fonseca Zambaldi** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP, em Reunião Ordinária de 22 de novembro de 2007.

Recife, 23 de novembro de 2007.

  
**Dr. José Eulálio Cabral Filho**

Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO  
DA MESTRANDA CARLA FONSECA ZAMBALDI

No dia 10 de dezembro de 2008, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 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; João Ricardo Mendes de Oliveira, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda CARLA FONSECA ZAMBALDI, sobre a sua Dissertação intitulada "**SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

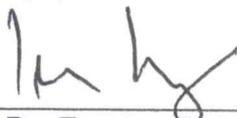
Aprovada

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

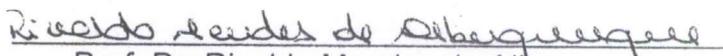
APROVADA

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

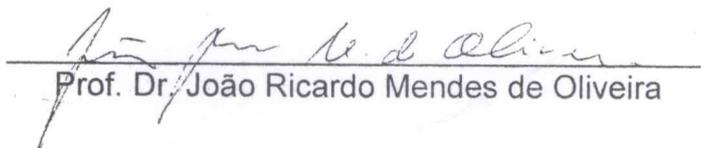
APROVADA



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey  
Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque



Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira