



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PROPOSTA DE
TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

FERNANDA MARTINS PEREIRA HILDEBRANDT

2013

FERNANDA MARTINS PEREIRA HILDEBRANDT

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E TRATAMENTO
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Bernard Pimentel Rangé

Rio de Janeiro

2013

H642

Hildebrandt, Fernanda Martins Pereira.

Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e tratamento cognitivo-comportamental / Fernanda Martins Pereira Hildebrandt. Rio de Janeiro, 2013.

148f.

Orientador: Bernard Pimentel Rangé.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

1. Depressão pós-parto. 2. Terapia cognitivo-comportamental. 3. Transtornos de ansiedade. 5. Parto - Aspectos psicológicos. I. Rangé, Bernard Pimentel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 155.6463

FERNANDA MARTINS PEREIRA HILDEBRANDT

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E TRATAMENTO
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Psicologia

Aprovada em 26/02/2013.

Orientador: Prof. Dr. Bernard Pimentel Rangé
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antônio Egidio Nardi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Adriana Cardoso de Oliveira e Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Rodolfo de Castro Ribas Junior
Universidade Federal do Rio de Janeiro

“Mesmo que a rota da minha vida me conduza a uma estrela, nem por isso fui dispensado de percorrer os caminhos do mundo”.

José Saramago

DEDICATÓRIA

Essa pesquisa é dedicada a minha filha, Nathalia, que com toda sua alegria, doçura e compreensão extraordinária para os seus 3 anos de idade me oferece lições diárias sobre o amor incondicional.

Dedico esse trabalho também a todas as mães, com ou sem depressão pós-parto, desejando que nunca esqueçam de si mesmas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre me conduzir a uma trajetória melhor do que eu imaginava.

Ao meu pai, Fernando, por me ensinar sempre a persistir diante dos obstáculos e à minha mãe Ozenil, por toda ajuda e carinho nos momentos cruciais.

Ao meu marido Diogo, companheiro de vida, pela compreensão e ajuda para que pudesse conciliar minhas tarefas de mãe, mulher, esposa, psicoterapeuta e pesquisadora.

Aos meus sogros, Afonso e Jacira, por terem cuidado de minha filha com todo carinho nos momentos em que precisei me dedicar exclusivamente à finalização dessa pesquisa.

Ao professor Bernard Rangé pela confiança, ensino e oportunidades oferecidas desde quando fui sua estagiária na equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ.

Ao professor José Leonídio Pereira, pela abertura de portas da Maternidade Escola para o desenvolvimento dessa pesquisa. Agradeço também à Viviane Pereira, que com toda sua presteza e carinho, mediou essa oportunidade.

Ao professor Antônio Egidio Nardi, por me dar orientações cruciais em apenas um único encontro.

À Ingrid Amorosino, pelo apoio nos momentos desafiadores e angustiantes enfrentados no processo de produção dessa tese.

À Bianca Torres e Imira Fonseca, pela fundamental ajuda na coleta de dados, dedicação e torcida.

À Carlos Augusto Sousa, pela preciosa ajuda na análise estatística.

SUMÁRIO

Lista de Siglas/Abreviaturas	ix
Lista de Figuras	x
Lista de Quadros	xi
Lista de Tabelas	xii
Resumo	xiii
Abstract	xv
Apresentação	xvi
1. Introdução	01
2. Fundamentos Teóricos	05
2.1 Depressão-Pós-Parto	05
2.1.1 Prevalência	10
2.1.2 Etiologia e Fatores de Risco	14
2.1.3 Impacto	17
2.1.4 Qualidade de Vida	19
2.1.5 Comorbidade com Transtornos de Ansiedade	23
2.2 Tratamento Cognitivo-Comportamental da Depressão Pós-Parto	34
2.2.1 O Modelo Biopsicossocial da Depressão Pós-Parto	37
2.2.2 Protocolo de Tratamento Cognitivo-Comportamental	40
3. Objetivos	47
3.1 Objetivo Geral	47
3.2 Objetivos Específicos	47
4. Método	48
4.1 Participantes	48
4.2 Local e Período	49
4.3 Instrumentos/Materiais	50
4.4 Procedimentos	52
4.5 Análise Estatística	54
4.6 Aspectos Éticos	55
5. Resultados	56
5.1 Dados Epidemiológicos	56
5.1.1 Descrição da Amostra Total e Dados Biosociodemográficos	56

5.1.1.1 Prevalência da Depressão Pós-Parto e outros Transtornos do Humor	60
5.1.1.2 Prevalência de Transtornos de Ansiedade	63
5.1.1.3 Prevalência de Pensamentos Negativos Pós-Natais	63
5.1.1.4 Qualidade de Vida	64
5.1.2 Amostra Diagnosticada com Depressão Pós-Parto e Fatores Associados	65
5.1.2.1 Depressão Pós-Parto e Dados Biosociodemográficos	65
5.1.2.2 Depressão Pós-Parto e outros Transtornos do humor	66
5.1.2.3 Depressão Pós-Parto e os Transtornos de Ansiedade	67
5.1.2.4 Depressão Pós-Parto e Pensamentos Negativos Pós-Natais	67
5.1.2.5 Depressão Pós-Parto e Qualidade de Vida	68
5.2. Aplicação do Protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental	70
5.2.1 Caso Clínico	72
6. Discussão	87
6.1 Prevalência de Transtornos de Humor e associação com a Depressão Pós-Parto	87
6.2. Prevalência de Transtornos de Ansiedade e associação com a Depressão Pós-Parto	89
6.3. Prevalência dos Pensamentos Negativos Pós-Natais e associação com a Depressão Pós-Parto	91
6.4. Qualidade de Vida e Depressão Pós-Parto	91
6.5. Aplicação do Protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental	92
7. Limitações do Estudo	96
8. Conclusão	97
Referências Bibliográficas	100
Anexos	113

Lista de Siglas/Abreviaturas

CID-X	Classificação Internacional de Doenças (10ª.edição)
DPA	Divisão de Psicologia Aplicada
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV –TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4a. Edição Revisada)
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNQT	Postnatal Negative Thoughts Questionnaire
QV	Qualidade de Vida
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TP	Transtorno do Pânico
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life (versão abreviada)
Y-BOCS	Escala de Sintomas Obsessivos compulsivos de Yale Brown

Lista de Figuras

Figura 1. Prevalência da depressão pós-parto na amostra	61
Figura 2. Prevalência dos sintomas depressivos no pós-parto de acordo com o instrumento utilizado	62

Lista de Quadros

Quadro 1. Critérios diagnósticos para episódio depressivo maior	09
Quadro 2. Exemplos de domínios de qualidade de vida definidos pela Organização Mundial de Saúde	21
Quadro 3. Modelo biopsicossocial da depressão pós-parto	39

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sobre pesquisas de prevalência da Depressão Pós-Parto no Brasil	12
Tabela 2. Dados biosociodemográficos da amostra total	58
Tabela 3. Dados sobre gestação, parto e puerpério da amostra total	59
Tabela 4. Dados sobre histórico individual e familiar de transtornos psiquiátricos da amostra total	59
Tabela 5. Prevalência de Transtornos de Humor e risco de suicídio	60
Tabela 6. Resultados da prevalência e intervalo de confiança de acordo com a metodologia utilizada	62
Tabela 7. Prevalência de Transtornos de Ansiedade na amostra total	63
Tabela 8. Frequência de pensamentos negativos pós-natais na amostra total	64
Tabela 9. Valores relacionados à qualidade de vida da amostra total	65
Tabela 10. Análise estatística da associação entre Depressão Pós-Parto e Transtornos do Humor	66
Tabela 11. Análise estatística da associação entre Depressão Pós-Parto e os Transtornos de ansiedade	67
Tabela 12. Análise estatística da associação entre pensamentos negativos pós-natais e a Depressão Pós-Parto	68
Tabela 13. Análise estatística da associação entre Depressão Pós-Parto e qualidade de vida	69
Tabela 14. Cálculo das razões de chances	70
Tabela 15. Escores das escalas ao longo das sessões de tratamento	85

RESUMO

Estudos relacionados à depressão pós-parto (DPP) vêm se expandindo tanto no Brasil como em outros países do mundo. As prevalências obtidas apresentam grande variação em parte devido ao tipo de metodologia adotada pelas pesquisas. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) vem se mostrando como uma das opções cientificamente comprovadas para o tratamento dessa condição. O objetivo desse trabalho foi avaliar a prevalência da DPP e fatores associados em uma amostra de mulheres da rede pública da cidade do Rio de Janeiro assim como averiguar a efetividade de um protocolo de TCC desenvolvido especificamente para este fim. Para isso, foram entrevistadas 219 puérperas que aguardavam suas consultas de revisão do pós-parto na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aquelas que fossem diagnosticadas com DPP eram convidadas a participar de um tratamento de 09 sessões semanais de TCC e 01 sessão de *follow-up* após um mês. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, *Mini International Neuropsychiatric Interview*, Escala de Pensamentos Negativos Pós-Natais, WHOQOL-bref, Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade e o protocolo de tratamento *The Getting Ahead of Postnatal Depression*. Foi identificada uma prevalência de 9,13% de DPP na amostra, associada ao histórico de transtorno psiquiátrico e diminuição geral dos escores de qualidade de vida e dos domínios psicológico e meio ambiente. Os pensamentos disfuncionais associados ao desfecho foram “é impossível explicar como estou me sentindo”, “não é normal pensar do jeito que eu penso”, “estou presa nessa situação com meu bebê”, “deve haver alguma coisa errada comigo” e “se eu contar meus problemas para os outros vão pensar que estou louca”. Não foi encontrada associação significativa entre a depressão pós-parto e os transtornos de ansiedade. Em relação ao tratamento, das 20 mulheres diagnosticadas somente uma completou todas as sessões do protocolo. A descrição desse caso clínico mostrou que a terapia foi efetiva na redução dos sintomas de ansiedade e depressão. O trabalho concluiu que a prevalência de 9,13% de depressão pós-parto está condizente com outros estudos que utilizaram entrevistas psiquiátricas baseadas nos critérios do DSM-IV para o diagnóstico e que mais pesquisas devem ser realizadas no intuito de investigar a eficácia da TCC e os motivos de não-adesão à psicoterapia.

Palavras-chave: depressão pós-parto, terapia cognitivo-comportamental, prevalência, tratamento, transtornos de ansiedade, qualidade de vida, pensamentos disfuncionais

ABSTRACT

Research related to postpartum depression (PPD) has been growing in Brazil as well as in other countries around the world. There is great discrepancy in the prevalent data obtained, due partially to the type of methodology implemented in the studies. Cognitive Behavior Therapy (CBT) has been revealing itself as one of the scientifically proven treatments for this condition. The purpose of this study was to evaluate the prevalence of PPD and associated factors in a sample of women from Rio de Janeiro's public system as well as to verify the efficiency of a CBT protocol specifically developed for this employment. In order to do this, 219 puerperal women who were awaiting their postpartum checkup appointment at Rio de Janeiro's Federal University Maternity School were interviewed. Those who were diagnosed with PPD were then invited to participate in a treatment consisting of 09 weekly sessions of CBT and 01 follow up session after the first month. The following tools were used: the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the Mini International Neuropsychiatric Interview, the Postnatal Negative Thoughts Questionnaire, the WHOQOL-BREF, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory and the "Getting Ahead of Postnatal Depression" treatment protocol. A 9.13% prevalence of PPD was identified in the sample, associated with a history of psychiatric disorder and with a general decrease in the quality of life scores and in the psychological and environmental domains. The dysfunctional thoughts related to the outcome were; "It's impossible to explain how I am feeling", "It's not normal to think the way I do", "I am trapped in this situation with my baby", "There must be something wrong with me", "If I told people about my thoughts and feelings there would be terrible consequences". A significant association between postpartum depression and anxiety disorders was not found. In regards to the treatment, out of the 20 diagnosed women only one completed all the protocol sessions. The depiction of this clinical case demonstrated that therapy was efficient in decreasing anxiety and depression symptoms. In conclusion, the study showed that the 9.13% prevalence of postpartum depression is consistent with other studies that utilized psychiatric interviews based on the DSM-IV criteria in order to diagnose and that more research needs to be done with the intent of investigating the efficiency of CBT and the motives behind the lack of commitment to psychotherapy. Key words: postpartum depression, cognitive behavior therapy, prevalence, treatment, anxiety disorders, quality of life, dysfunctional thoughts

APRESENTAÇÃO

A depressão pós-parto muitas vezes é confundida no imaginário social com falta de amor, crueldade e psicopatia. Seja por ignorância ou medo de pedir ajuda, o silêncio de uma mãe pode representar o sofrimento de uma família inteira.

O presente estudo foi motivado pela experiência da autora como psicóloga clínica e hospitalar. Entre os anos de 2005 e 2007, foi responsável pelo atendimento às puérperas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Federal dos Servidores do Estado, instituição localizada no Rio de Janeiro e pertencente ao Sistema Único de Saúde. Através desse trabalho, foi possível entrar em contato com mulheres que estavam tendo experiências bem distantes da alegria associada à maternidade. Eram mulheres deprimidas que por vezes passavam despercebidas pelos profissionais, preocupados com a saúde e bem-estar do bebê recém-nascido.

A escassez da literatura psicológica sobre a depressão pós-parto originou a idéia de uma pesquisa em que fossem investigados dados epidemiológicos e elementos terapêuticos efetivos para o tratamento dessa condição. A teoria cognitivo-comportamental, referencial teórico adotado pela autora há mais de uma década, permeou a investigação. Compreender como os pensamentos, humor e comportamentos atuavam no desencadeamento e manutenção do sofrimento materno foi uma das peças fundamentais desse trabalho.

Espera-se que essa tese de doutorado possa trazer algum tipo de contribuição para o estudo da depressão pós-parto e outros transtornos do puerpério. E que o conhecimento científico ajude, ainda que em um futuro distante, a diminuir o preconceito e a promover melhorias na assistência materno-infantil.

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho geralmente provoca um profundo impacto na vida da mulher. A maternidade, associada em nossa cultura a um momento de realização e felicidade, pode ser uma experiência de sofrimento emocional, marcada pela ambivalência entre o desejo e o medo de ser mãe. As mudanças corporais, a troca de papel social e a responsabilidade de cuidar de uma criança constituem fatores potencialmente estressantes, aumentando a possibilidade de ocorrência de episódios de ansiedade e depressão na mulher. Devido às demandas referentes aos cuidados com o bebê, esse é um momento que requer energia, uma satisfatória capacidade de tomar decisões, tranquilidade, boa alimentação e suporte social, conciliando as múltiplas tarefas exigidas pela maternidade.

Quando a puérpera apresenta um quadro depressivo, essa adaptação fica prejudicada. É comum, por exemplo, que nesse período ela durma pouco, devido às mamadas frequentes do bebê. Mas a situação poderá piorar caso esteja com um quadro depressivo. Dificuldades com o sono podem impedir seu descanso e prejudicar a execução de sua rotina. Os sintomas de irritabilidade podem fazer com que fique menos tolerante, gerando brigas frequentes com o parceiro. A dificuldade em tomar decisões pode interferir na hora de escolher um bom pediatra e de saber até quando esperar para levar seu filho a um atendimento de emergência. A falta de energia pode fazer com que adie a marcação de suas próprias consultas médicas de rotina, como a revisão com o obstetra, dificultando sua recuperação física.

É sempre importante ponderar até que ponto sintomas como o cansaço, a exaustão, e a labilidade emocional não sejam expressão de uma adaptação normal do puerpério. Para distinguir essas manifestações normais de quadros patológicos, pode-se utilizar alguns parâmetros. De acordo com Barlow e Durand (2008), um conjunto de sintomas só pode ser considerado como um transtorno psicológico quando ocorre uma disfunção, ou seja, uma

interrupção no funcionamento cognitivo, emocional ou comportamental. Esta deve ser acompanhada de angústia ou incapacitação e de uma resposta considerada atípica para os padrões culturais. No mesmo sentido, a 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV- TR) define como anormais as “disfunções comportamentais, emocionais e cognitivas que são inesperadas em seu contexto cultural e associadas com angústia e substancial inadequação no funcionamento” (American Psychiatric Association, 2002).

A fim de confirmar a hipótese de que a saúde mental pode ser afetada após o nascimento de um filho, um relevante estudo epidemiológico foi conduzido por Munk-Olsen e colaboradores (2006). Nesta pesquisa foram acompanhadas 630.373 pessoas, no período entre 1973 e 2005, com o objetivo de analisar se a chegada de um primeiro filho aumentava nos pais o risco de admissão hospitalar, ou mesmo de contato ambulatorial, devido a algum transtorno psiquiátrico grave. Uma comparação foi feita entre um grupo de homens e de mulheres que haviam se tornado pais pela primeira vez e um outro grupo cujos filhos já tinham 11 e 12 meses. Os pesquisadores concluíram que o risco para busca de ajuda psiquiátrica era maior nos três primeiros meses do pós-parto em mulheres primíparas (mães pela primeira vez), principalmente no período entre 10 a 19 dias do puerpério. Analisando os diagnósticos separadamente, obteve-se um maior risco de admissão por depressão unipolar nos cinco primeiros meses, de transtornos bipolares no segundo mês, e de esquizofrenia no primeiro mês subsequente ao parto. Os pesquisadores encontraram correlação positiva somente nas mães, não estando a paternidade associada a um maior risco de admissão hospitalar ou contato ambulatorial psiquiátrico. O estudo concluiu que o nascimento de um filho pode ser um fator de risco para o adoecimento psíquico em um número significativo de mulheres.

Uma pesquisa recente investigou o número de primíparas que haviam sido admitidas em hospitais devido ao diagnóstico principal de depressão maior durante o início de 2002 até o fim de 2004 (Xu et al, 2012). Nessas condições, foram identificadas 728 mulheres sendo que 501 delas estavam no primeiro ano do pós-parto, correspondendo a uma taxa de 7.58 /1000 pessoas ano. Da mesma forma como o trabalho conduzido por Munk-Olsen (op.cit), foi identificado que a procura por atendimento era menor durante a gestação e se elevava principalmente nos primeiros meses seguintes ao parto. As variáveis mais fortemente associadas a essas elevadas taxas de admissão foram: maior idade da mãe, fumo, cesariana eletiva e admissão do bebê em unidade de tratamento intensivo.

Pelo menos três condições, chamadas de transtornos puerperais, podem ser desencadeadas a partir do nascimento da criança: a tristeza materna, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. Serão descritos cada um deles, dando ênfase, a seguir, à depressão pós-parto.

A tristeza materna (também conhecida como *baby blues*, *blues pós-parto* ou disforia do pós-parto) é uma oscilação do humor considerada normal, acometendo cerca de 50 a 85% das puérperas (Botega & Dias, 2006). Sua incidência acontece já nos primeiros dias após o nascimento da criança, geralmente resultando em um pico de sintomas entre o quarto ou quinto dia. A mulher apresenta sintomas como cansaço, choro fácil, tensão, irritabilidade e sentimentos de inadequação. Trata-se de um episódio depressivo leve, que não chega a comprometer o funcionamento social ou a relação mãe-bebê. Esses sintomas geralmente possuem remissão espontânea durante as duas primeiras semanas do puerpério e são atribuídos às rápidas oscilações hormonais, ao estresse do parto e a conscientização da responsabilidade trazida pela maternidade (Sadock & Sadock, 2007). As mulheres com tristeza materna devem ser acompanhadas pelos profissionais de saúde, uma vez que há

indícios de que este quadro seja preditor de transtornos de ansiedade e depressão (Reck, Stehle, Reinig & Mundt, 2009).

A psicose puerperal, por sua vez, é um quadro de maior gravidade. Trata-se de uma emergência psiquiátrica onde a mulher pode experimentar sintomas depressivos, delírios, alucinações e pensamentos de ferir o bebê ou a si mesma. Sua incidência é de 1 caso para cada 1000 partos. Seu início costuma ser agudo, geralmente nas três primeiras semanas, principalmente entre o segundo e terceiro dia do puerpério. Os sintomas são relacionados especificamente ao episódio do puerpério, não correspondendo a quadros de esquizofrenia ou transtorno bipolar (Boyce & Barriball, 2010).

O terceiro transtorno puerperal é a depressão pós-parto. Por ser objeto central dessa tese, a seguir serão detalhadas suas características, prevalência, fatores de risco, impacto, relação com a qualidade de vida e comorbidade com os transtornos de ansiedade.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Depressão Pós-Parto

Considerada um problema de saúde pública, a depressão pós-parto (DPP) vem despertando cada vez mais interesse dos pesquisadores (Wisner, Chambers & Sit, 2006). Nos Estados Unidos, a inclusão de programas de detecção e tratamento da depressão puerperal foi defendida como fundamental para a agenda de saúde do país (Sobey, 2002). No Reino Unido, onde o suicídio foi apontado como a principal causa de morte materna da atualidade (Cantwell & Cox, 2006), existe grande quantidade de pesquisas e ações sobre o tema.

Apesar do grande número de publicações, a DPP é um quadro que ainda carece de uma definição universalmente aceita. Os sistemas classificatórios psiquiátricos da Associação Americana de Psiquiatria e da Organização Mundial de Saúde não consideram que os sintomas depressivos no puerpério constituam uma entidade nosológica independente, ou seja, não os diferenciam daqueles que ocorrem em outros momentos na vida das mulheres.

Na décima edição do Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o termo depressão pós-parto é encontrado sob o código F53.0, na parte “Transtornos Mentais e Comportamentais Associados ao Puerpério”. Para que o quadro seja denominado como tal, os sintomas devem se apresentar nas seis primeiras semanas do pós-parto e não satisfazer critérios específicos de outros transtornos. Trata-se, portanto, de um diagnóstico feito por exclusão (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Na análise de outra publicação de referência na área da Saúde Mental, a 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV- TR), são encontrados outros critérios. O Manual utiliza o especificador “com início no pós-parto” para designar quadros de alterações de humor que

tenham início nas quatro primeiras semanas do puerpério, podendo ser aplicado em quatro possíveis diagnósticos: depressão maior, episódio de depressão, mania ou misto no transtorno bipolar tipo I ou II ou em um breve transtorno psicótico. Algumas características descritas são apresentadas no trecho a seguir.

“Sintomas comuns em episódios com início no pós-parto, embora não exclusivos deste período, incluem flutuações e instabilidade do humor e preocupação com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante. (...) As mulheres com Episódios Depressivos Maiores no pós-parto com frequência têm ansiedade grave e Ataques de Pânico. As atitudes maternas quanto ao bebê são variáveis, mas podem incluir desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança” (American Psychiatric Association, 2002, pp.412-413).

Dessa forma, o DSM-IV-TR reconhece a possibilidade de sintomas depressivos no puerpério, acrescentando que podem ser acompanhados por sintomas de ansiedade. Ressalta a necessidade de diferenciá-los do episódio de tristeza pós-parto, presente nos 10 primeiros dias do puerpério, de característica transitória e não prejudicial ao funcionamento da mulher. Aponta também para a importância desse momento:

“Este período é singular com respeito ao grau de alterações neuroendócrinas e ajustamentos psicossociais, ao impacto potencial da amamentação no planejamento do tratamento e às implicações a longo prazo de um histórico de Transtorno do Humor pós-parto no planejamento familiar subsequente” (American Psychiatric Association, 2002, p. 413).

Portanto, embora não seja considerada uma entidade nosológica, a Associação Americana de Psiquiatria reconhece a importância do quadro, na medida em que este interfere no funcionamento biológico, psicológico e social das puérperas, assim como no tratamento oferecido às mesmas.

Com a previsão de publicação da quinta edição do DSM, os profissionais de saúde mental vem discutindo se caberiam novos critérios de definição para a DPP. Wisner, Moses-Kolko & Sit (2010) descrevem a dificuldade do especificador “com início no pós-parto”

utilizado na edição atual do Manual, uma vez que entendem que questões importantes em relação ao diagnóstico se mantêm nebulosas. Segundo esses autores, não fica claro se os sintomas devem ter início restrito ao período das quatro primeiras semanas e também se todos os sintomas de depressão devem estar presentes para que o especificador seja considerado. Também há dúvidas quanto aos casos em que o início dos sintomas depressivos aconteça já na gravidez ou quando sejam decorrentes de uma situação de aborto. Por esses motivos, os autores propõe a revisão dos critérios para a próxima revisão do DSM.

Jones (2010), por sua vez, propõe que ainda não é possível considerar a separação da DPP como uma entidade nosológica distinta das demais devido à falta de evidências científicas. No entanto, sugere que o critério de tempo seja modificado, mantendo o início do aparecimento dos sintomas nas quatro primeiras semanas para os casos de episódio maníacos ou mistos e estendendo este prazo para 6 meses nos casos dos episódios depressivos.

Existe uma crescente discussão entre os pesquisadores questionando se o termo “depressão pós-parto” está sendo usado como um conceito onde estão sendo incluídas condições heterogêneas, envolvendo tanto sintomas de ansiedade como de depressão. Frente a isso, haveria a necessidade de uma definição mais precisa, estruturando melhor o quadro para que estratégias de tratamento mais adequadas pudessem ser implementadas (Mauri et al, 2010).

Mesmo frente a essa indefinição, o termo é utilizado amplamente, tanto pelo público leigo como pelos profissionais de saúde. A maioria dos autores parece considerar a DPP como um episódio de Depressão Maior que pode ocorrer a partir das duas primeiras semanas até 6 meses, ou mesmo até o primeiro ano, após o nascimento criança (Gaynes et al, 2005).

É importante não confundir sintomas de DPP com mudanças fisiológicas consideradas típicas do puerpério, tais como fadiga, mudanças no apetite e diminuição do interesse sexual (Ruanquist, 2007; O’Hara, Neunaber & Zekoski, 1984). Por esse motivo, o

uso de instrumentos designados para aferir a depressão na população geral poderia mascarar os resultados, superestimando-os. Assim sendo, prioriza-se o uso de escalas elaboradas especificamente para averiguar sintomas depressivos nessa população, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo - EPDS (Cox, Holden & Sagovsky,1987).

Para fins de definição a ser utilizada no presente trabalho, a DPP será aqui considerada como um episódio de Depressão Maior, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, que ocorre a partir da segunda semana até o 6 mês do nascimento da criança. Esse período foi identificado como o mais adequado para o diagnóstico do quadro (Boyd, Le & Somberg, 2005). Os critérios para o Episódio Depressivo Maior estão transcritos no quadro 1.

Quadro 1. Critérios Diagnósticos para Episódio Depressivo Maior

Critérios para Episódio Depressivo Maior

A. No mínimo cinco 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.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p.ex., chora muito).

(2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

(4) Insônia ou hipersonia 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)

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

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

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

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

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto

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

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

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

Fonte: DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002)

Estudos de *follow-up*, acompanhando mulheres desde a gravidez até dois anos do puerpério, indicam que não há homogeneidade em relação ao aparecimento e evolução dos sintomas depressivos. Mora e outros autores (2008) identificaram cinco possibilidades de desfecho: algumas mulheres nunca chegam a ter depressão; outras apresentam sintomas somente no período antenatal; existem as que de fato tem depressão no puerpério e por fim as que apresentam sintomas depressivos mesmo após 1 ano do pós-parto. Esses dados vão ao encontro da pesquisa desenvolvida por Sutter-Dallay e colaboradores (2012), onde além desses diferentes desfechos, os autores também identificaram que mulheres mais velhas, com escores mais altos de ansiedade e com piores condições socioeconômicas tinham mais chances de estarem clinicamente deprimidas.

A partir dessa tentativa de definição da DPP, serão analisados os estudos que objetivaram detectar suas taxas de prevalência do quadro, ou seja, a proporção de pessoas que apresentaram o quadro em um determinado momento.

2.1.1 Prevalência

Pesquisas sobre prevalência são importantes na medida em que oferecem subsídios a clínicos e pesquisadores para compreensão de uma condição clínica e estruturação efetiva do atendimento a essa demanda.

Uma das características marcantes sobre os estudos de prevalência da DPP, tanto nacionais como internacionais, é a diversidade de métodos de investigação. A adoção de diferentes escalas de triagem para o diagnóstico do quadro, aplicadas em momentos diversos, tem por consequência uma variabilidade dos resultados encontrados pelas pesquisas.

O'Hara e Swain (1996) publicaram uma metanálise de 59 estudos envolvendo 12.180 mulheres, no qual a prevalência de DPP foi estimada em 13%. Esse dado parece convergir com um estudos mais recente (Eastwood, Phung & Barnett, 2011). No entanto, de acordo com

Halbreich & Karkun (2006), deve-se ter cautela na generalização desses resultados pois a maioria deles foi obtida através de amostras em países ocidentais de alto nível socioeconômico. Esses autores defendem que variáveis relacionadas ao contexto de cada país devem ser levadas em conta, uma vez que cada cultura pode manifestar e lidar com sintomas da DPP de maneira diferenciada.

Uma revisão de estudos desenvolvidos em países de baixa e média-baixa renda, concluiu que estes possuem as mais altas taxas de DPP (Fisher et al, 2012). A maioria das mulheres desses países encontram-se em posição socioeconômica desvantajosa, tendo dificuldades de acesso a um melhor nível educacional, ao trabalho remunerado e aos serviços de saúde reprodutiva. Esses fatores poderiam contribuir para o prejuízo da saúde mental das puérperas, na medida em que as expõem a um maior número de fatores de risco e diminuição das possibilidades de tratamento.

No Brasil, assim como em outros países, a maioria das pesquisas desenvolvidas sobre o assunto também apresenta grande heterogeneidade. Até o momento a maioria dos achados sugere que os sintomas de DPP no Brasil estão acima das médias mundiais e são equivalentes a outros países como Itália, Chile, África do Sul, Índia e Turquia (Lobato, Moraes, Dias & Reichenheim, 2011).

A tabela 1 mostra uma síntese dos estudos sobre a prevalência da DPP conduzidos em nosso país até o ano de 2012 a partir de uma busca feita nas bases *Medline*, *SciELO*, *Psycinfo* e *Lilacs*.

O estudo de Da-Silva e colaboradores, em 1998, foi a primeira publicação identificada sobre o assunto. Utilizando uma amostra pequena de mulheres (n=21), encontrou a mais alta taxa de DPP (43%) em comparação a outras pesquisas. Cantilino (2009) obteve, por sua vez, a menor taxa de prevalência já publicada no país (7,2%), utilizando maior rigor metodológico (incluindo uso de entrevista clínica padronizada) e maior amostra.

Em relação ao método de identificação da DPP, observa-se que a maioria das pesquisas aplicou a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e que poucas utilizaram entrevista clínica para confirmação do diagnóstico. A aplicação da EPDS é uma ferramenta importante para ajudar a avaliar com acurácia sintomas de depressão em puérperas, identificando e encaminhando-as para tratamento (Milgrom, Mendelsohn & Gemmil, 2011).

Tabela 1. Dados sobre pesquisas de prevalência da depressão pós-parto no Brasil

<i>Autores e ano de publicação</i>	<i>Local</i>	<i>Sujeitos</i>	<i>Instrumento e ponto de corte</i>	<i>Período do pós-parto</i>	<i>Entrevista clínica</i>	<i>Prevalência</i>
Melo Jr et al, 2012	Recife Campinas (SP)	555	EPDS 13	4 a 6 semanas	Não	10,8%
Lobato et al, 2011	Rio de Janeiro (RJ)	811	EPDS 11/12	2 semanas ao 5 mês	Não	24,3%
Cantilino et al, 2009	Recife (PE)	400	SCID I	2 e 26 semanas	Sim	7,2%
Fonseca et al, 2010	São Paulo (SP)	261	EPDS 11	9 e 12 semanas	Não	28%
Figueira, Diniz e Silva Filho, 2011	Belo Horizonte (MG)	245	Mini-Plus	40 e 90 dias	Sim	26,9%
Tannous et al, 2008	Porto Alegre (RS)	271	EPDS 12	6 a 8 semanas	Não	21%
Ruschi et al, 2007	Vitória e Serra (ES)	292	EPDS 12	31 e 180 dias	Não	39,4%
Moraes et al., 2006	Pelotas (RS)	410	Hamilton ≥ 18	30 a 45 dias	Não	19,1%
Cruz et al, 2005	São Paulo (SP)	70	EPDS 11	12 a 16 semana	Não	37%
Faisal-Cury, 2004	São Paulo (SP)	113	BDI	10 dias	Não	16%
Santos et al, 1999	Brasília (DF)	236	EPDS 12	6 a 24 semanas	Não	13%
Da-Silva et al, 1998	São Gonçalo (RJ)	21	EPDS 12	Do 1º ao 6º mês	Não	43%

No entanto, é importante ressaltar que a escala assim como outros instrumentos de triagem, objetiva rastrear sintomas de depressão no período puerperal, não sendo suficiente para diagnosticar clinicamente quadros de depressão como definidos pelo DSM-IV-TR ou CID-X. Os próprios autores do instrumento sugerem este seja aplicado em um segundo momento, quinze dias após a primeira avaliação, ou que seja realizada uma entrevista clínica para o diagnóstico definitivo (Cox & Holden, 2003). Utilizar somente a EPDS implica no risco de detecção de falsos positivos, ou seja, casos em que embora a escala tenha identificado sintomas de DPP, a mulher na realidade não é afetada pelo quadro. Como exemplo, podem ser citados os resultados de uma avaliação feita com 500 mulheres da gravidez até o primeiro ano do pós-parto. A aplicação somente da EDPS resultou em 41,5% de casos falso positivos no primeiro mês e 44,9% após o primeiro ano (Mauri et al, 2010). Além da superestimação diagnóstica pode haver sobreposição de sintomas de categorias diagnósticas diferentes (Spanemberg, 2008). Cantilino e colaboradores (2010) defendem que, se fossem aplicadas entrevistas clínicas ao invés de escalas, talvez a prevalência de depressão encontrada em puérperas fosse mais baixa.

Retornando aos dados da tabela 1, nota-se que as pesquisas apresentam diferentes momentos de investigação para o diagnóstico da DPP. O período de avaliação das entrevistadas oscilou entre o primeiro dia até o 6 mês do pós-parto. Embora seja importante acompanhar os sintomas depressivos nas mulheres desde o início do puerpério, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados obtidos, principalmente no caso de estudos de prevalência. Como cerca de 80% das mulheres apresentam sintomas de tristeza materna nas duas primeiras semanas, sugere-se que a avaliação da DPP seja feita a partir de 15 dias depois do nascimento do bebê, para que o diagnóstico não seja superestimado. Conforme já citado, parece que o melhor período para identificação do quadro é de 15 dias a 6 meses após o parto (Boyd & Somberg, 2005).

Duas pesquisas identificaram uma variação na prevalência dos sintomas ao longo dos meses do puerpério. Cantilino e colaboradores (2010) encontraram uma maior taxa após 8 semanas do nascimento da criança e Lobato (2011) identificou um pico de sintomas depressivos por volta do terceiro mês do puerpério. Esses dados vão ao encontro de outras pesquisas internacionais e contribuem para a idéia de que o especificador utilizado no DSM-IV-TR deva ser revisto.

Em resumo, a diversidade no uso de metodologia dificulta a comparação e generalização dos dados. Diferentes instrumentos de triagem, pontos de corte, períodos de avaliação do pós-parto, ausência de entrevistas e amostras pequenas dificultam a estimativa das taxas de DPP em nosso país.

Entretanto, mesmo que existam divergências nos resultados apresentados pelas pesquisas, o número de mulheres acometidas é relevante. Isto indica a necessidade dos profissionais e serviços de saúde estarem atentos a essa demanda, organizando seus recursos para que possam oferecer tratamento de qualidade a essas mães.

2.1.2 Etiologia e Fatores de Risco

A etiologia da DPP ainda permanece incerta. Sabe-se que as lesões teciduais, a involução uterina, a dor e o estresse emocional gerados pelo parto fazem com que o corpo feminino inicie uma busca de reequilíbrio de sua condição física. Nesse processo, uma série de reações envolvendo o sistema imunológico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal são desencadeadas. Algumas pesquisas tentam explicar como a influência dessa desregulação poderia estar ligada à apresentação de sintomas depressivos em algumas mulheres (Corwin & Pajer, 2008, Bloch et al, 2000). Outros estudos tentam explicar a DPP através de modelos

animais e da epigenética, no entanto, ainda é necessário que mais evidências sejam descobertas (Meltzer-Brody, 2011)

Interessante notar que os sintomas de DPP são experimentados em outros casos onde se torna difícil fazer associação com variáveis biológicas decorrentes do período puerperal, como as flutuações hormonais. Assim como parir um bebê, adotar uma criança parece ser um processo que envolve felicidade e adaptação, podendo estar associado a níveis de estresse, depressão e ansiedade. Alguns autores utilizam o termo “depressão pós-adoção” para denominar o conjunto de sintomas depressivos experimentados por algumas mulheres (Payne et al, 2010). O estudo conduzido por Mott e colaboradores (2011), envolvendo 147 mães adotivas e 147 mães biológicas concluiu que os níveis de depressão relacionados à chegada das crianças eram similares. No entanto, o grupo de mulheres que adotou relatou menores níveis de ansiedade e maior bem-estar. Os autores tentaram explicar essa diferença através da não-exposição aos estressores do pós-parto, como o estresse e ansiedade decorrentes de complicações relacionadas à cirurgia e sua recuperação. Os casos das mulheres adotivas e dos homens que experimentam sintomas depressivos ao se tornarem mães e pais indicam a importância das variáveis psicossociais no processo de adaptação à chegada de uma criança. As variáveis biológicas, haja vista esses dados, parecem não ser as únicas responsáveis pelo adoecimento dos pais.

Ainda que não exista uma etiologia definida, estudos vêm conseguindo identificar fatores de risco para o desenvolvimento de DPP. Essa medida possibilita a elaboração de ações de prevenção e tratamento a serem oferecidos em prol da saúde materna. A seguir, serão apresentados vários preditores considerados sinais de alerta para a possibilidade de surgimento da DPP.

A presença de um episódio depressivo anterior, tanto individual como familiar, parece ser um dos mais fortes preditores de DPP (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001). Um estudo

prospectivo conduzido por Seto e colaboradores (2005) identificou que mulheres com depressão crônica, em nível moderado ou severo, apresentavam maiores escores de depressão após o parto quando comparadas as que nunca tinham tido depressão ou apresentaram sintomas em uma só fase da vida. Banti e outros autores (2011) concluíram que uma pessoa com um histórico depressivo pode ter um risco duas vezes maior de desenvolver o quadro no período perinatal.

Sintomas de tristeza materna foram relacionados a uma maior chance de desenvolvimento de DPP e de transtornos de ansiedade nos três primeiros meses após o nascimento da criança (Reck et al, 2009). A percepção de baixo suporte social também é apontada como um fator de risco para sintomas depressivos no pós-parto, tendo inclusive sido associada em pesquisa recente conduzida no Brasil (Konradt et al, 2011).

Outros fatores identificados no desencadeamento do quadro foram: ansiedade pré-natal, eventos de vida estressantes, padrão cognitivo negativo, baixa autoestima, baixo nível socioeconômico e presença de transtorno disfórico pré-menstrual (Coelho et al, 2011; Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2006; Beck 2001; O'Hara & Swain, 1996; Beck, 1996).

A partir de uma pesquisa com 367 mulheres na gestação e no puerpério Leigh e Milgrom (2008) propuseram um modelo psicossocial envolvendo a depressão pré-natal, a DPP e o estresse parental. De acordo com os autores, o surgimento dessas condições ocorreria a partir da interação dos estressores experimentados na gestação (como ansiedade e dificuldades financeiras), dos recursos pessoais deficitários da mãe (baixa autoestima, estilo cognitivo negativo e baixo suporte social) e dos fatores de predisposição que ela apresenta (histórico de depressão, histórico de abuso e baixo nível socioeconômico). Essas variáveis, no contexto de adaptação das transformações da maternidade, predisporiam ao surgimento de depressão pré-natal, que por sua vez, predisporia ao surgimento de DPP, podendo levar ao surgimento de estresse parental.

Nos últimos cinco anos, vem crescendo o número de pesquisas que apontam a violência como um fator de risco para a DPP (Quian Wu, Hon-Lin Chen & Xu-Juan Xu, 2012). Em estudo brasileiro conduzido por Lobato e colaboradores (2012), o uso de álcool pelos parceiros das puérperas foi relacionado à incidência de violência, que por sua vez foi associada significativamente a um maior risco de DPP.

Infelizmente, em nosso país, a maioria das mulheres que procura atendimento pelo SUS apresenta vários fatores apresentados acima. Elas estão expostas a diferentes estressores cotidianos e possuem pouco suporte social, baixo nível socioeconômico e pouco acesso a serviços de saúde de qualidade. Por esses motivos, podem estar mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, inclusive ao surgimento de sintomas depressivos. Ter um fator de risco não significa adoecer mas estar mais propenso ao desenvolvimento de uma doença, dentro de um contexto maior, envolvendo múltiplos fatores. De posse dessas informações, é importante que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados à saúde materno-infantil, estejam atentos a esses fatores de risco para que se tornem mais sensíveis a possibilidade de diagnosticar o quadro de DPP em suas pacientes.

2.1.3 Impacto

Os sintomas da DPP podem perdurar por vários anos e aumentar o risco de quadros depressivos recorrentes, conforme já citado anteriormente (Nielsen et al, 2000). A DPP afeta não só a saúde mental das mulheres como também de seus conjugues e filhos. Mesmo as formas mais leves de depressão materna podem prejudicar a interação mãe-bebê (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005), incluindo o desenvolvimento cognitivo das crianças (Cooper & Murray, 1998). No Brasil, um estudo realizado pela Universidade de São Paulo correlacionou

casos de desnutrição infantil à presença sintomas de depressão materna (Carvalhoes & Benício, 2002).

Além de parecer não existir indícios de remissão espontânea dos sintomas de DPP, mesmo após 1 ano do pós-parto ainda há registro de prejuízos significativos (Goodman, 2004). Pesquisadores acompanharam 1.707 crianças dos 3 meses aos 12 anos de idade, concluindo que as crianças cujas mães tinham apresentado sintomas de depressão tanto no pós-parto quanto em seu seguimento tinha um risco maior de desenvolver problemas de comportamento do que mães que não apresentaram sintomas de depressão em nenhum momento de suas vidas. Os autores concluíram que a DPP, por si só, não tem impacto no comportamento do pré-adolescente mas sim a persistência dos sintomas depressivos (Agnafors, Sydsjö, deKeyser e Svedin, 2012) Esse dado vai ao encontro do estudo de *follow-up* de quatro anos e meio feito por Philips e O'Hara (1991), onde foi verificado que a DPP influencia o desencadeamento de problemas de comportamentos nas crianças na medida em que aumenta o risco da mulher apresentar novos episódios depressivos.

Em relação à amamentação, estudo conduzido no Rio de Janeiro mostrou que crianças cujas mães apresentaram sintomas de DPP sofreram maior risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo em seus dois primeiros meses de vida (Hasselmann, Werneck & Silva, 2008). Esse dado é compatível com outros estudos internacionais (Dennis & McQueen, 2007). Uma das hipóteses para explicar a relação entre sintomas de depressão e dificuldades na amamentação é a diminuição da autoestima e senso de auto eficácia típicos do quadro depressivo, levando as mães a maximizar as dificuldades consideradas normais do processo de aleitamento.

Estudo envolvendo 798 mulheres identificou uma associação entre a depressão maior, transtornos de ansiedade e a diminuição do senso de auto eficácia materno. Mulheres que tinham uma dessas duas condições em seu histórico psiquiátrico possuíam uma pior

percepção quanto sua habilidade de cuidar da criança e interpretação correta dos sinais emitidos por esta última (Reck, Struben, Backenstrass & Stefenelli, 2012).

2.1.4. Qualidade de Vida

Como já foi visto, é comum que o nascimento de um bebê exija da mulher uma reestruturação em quase todas as áreas da sua vida para que consiga exercer não só as funções relacionadas à como também sua própria individualidade. Uma boa adaptação nesse período está para além da ausência de doenças físicas ou psicológicas. É necessário o alcance de um equilíbrio biopsicossocial, onde diferentes áreas da vida dessa mulher sejam percebidas pela mesma como estando em um nível satisfatório. O conceito de qualidade de vida (QV) pode ser útil para compreender tanto o puerpério saudável como aquele em que se tenha algum tipo de agravo, como a depressão pós-parto.

O interesse pelo tema da qualidade de vida é historicamente recente. Em 1948, a definição do conceito de saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças* pela Organização Mundial de Saúde (OMS) simbolizou uma mudança de paradigma para a assistência. Nesse momento, houve a legitimação de outros determinantes além dos biológicos, já consagrados pelo modelo médico. De acordo com a OMS, os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e econômico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa. A partir desses critérios, um olhar mais amplo passou a ser exigido. Ter saúde passou a significar ter também acesso a boas condições de moradia, alimentação, transporte, serviços de saúde, entre outros determinantes considerados importantes para alcançar uma vida que atenda às necessidades humanas básicas (Scliar, 2007).

Embora se questione até que ponto pode-se alcançar um estado de “completo” bem-estar, esse conceito foi importante na medida em que permitiu que novas políticas públicas de assistência fossem formuladas, objetivando um atendimento mais integral e eficaz para os cidadãos (Scliar, *op cit.*).

Outros fatores também contribuíram para o interesse sobre questões relacionadas à qualidade de vida. O aumento na expectativa de vida e a mudança no perfil morbimortalidade fez com que as pessoas passassem a se preocupar não só com quantidade de anos vividos mas com a qualidade dos mesmos. Um maior número de idosos e de portadores de doenças crônico-degenerativas denunciam a limitação do conhecimento e estruturação dos serviços de saúde focados estritamente no âmbito curativo. O objetivo passou a ser não só diminuir o sofrimento das pessoas através do alívio dos sintomas mas também o de prevenir doenças e oferecer condições dignas para uma vida saudável, através de ações de promoção de saúde (Seidl & Zannon, 2004).

De acordo com Minayo, Hartz & Buss (2000, p.08), tornou-se comum dizer que “saúde não é doença, saúde é qualidade de vida”. Para os autores, essa expressão é vazia de significado e demonstra a dificuldade de se pensar o conceito além do referencial médico. Apontam ainda a necessidade do reconhecimento da QV como uma construção social, marcada pelo relativismo cultural. Assim sendo, seus parâmetros variam de acordo com o contexto histórico, social e cultural. Isso significa dizer que o que é qualidade de vida em uma determinada época, sociedade ou cultura pode não ser considerada em outra.

A definição de QV varia também de acordo com o modelo teórico de fundamentação. Será adotada no presente trabalho a proposta da OMS de defini-la como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Trata-se de um construto subjetivo e multidimensional. Subjetivo pois é

medida a partir do que a pessoa percebe acerca de seu estado de saúde e de outros aspectos de seu contexto de vida. Multidimensional porque envolve a avaliação não só do bem estar global como também dos aspectos físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente, domínios explorados pelo instrumento WHOQOL-bref (quadro 2).

Quadro 2. Exemplos de domínios da qualidade de vida definidos pela Organização Mundial de Saúde

<p>Domínio Físico</p> <p>Dor e desconforto</p> <p>Energia e fadiga</p> <p>Sono e repouso</p> <p>Mobilidade</p> <p>Atividades da vida cotidiana</p> <p>Dependência de medicação ou tratamentos</p> <p>Capacidade de trabalho</p>	<p>Domínio Psicológico</p> <p>Sentimentos positivos</p> <p>Pensar, aprender, memória e concentração</p> <p>Autoestima</p> <p>Imagem corporal e aparência</p> <p>Sentimentos negativos</p> <p>Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais</p>
<p>Domínio Relações Sociais</p> <p>Relações sociais</p> <p>Suporte (apoio) social</p> <p>Atividade sexual</p>	<p>Domínio Meio ambiente</p> <p>Liberdade, segurança física e proteção</p> <p>Ambiente no lar</p> <p>Recursos financeiros</p> <p>Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</p> <p>Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</p> <p>Participação e oportunidades de recreação/lazer</p> <p>Ambiente físico (poluição/barulho/clima)</p> <p>Transporte</p>

Fonte: Cruz, Polanczyk, Comey, Hofmann & Fleck, 2011.

Existe uma discussão acerca da validade das percepções de pacientes com transtornos mentais para aferir seus níveis de qualidade de vida. Um desses casos é o da depressão. Uma vez que uma das características fundamentais do indivíduo com humor deprimido seja a visão distorcida e negativa a respeito de si e do mundo, questiona-se a validade de considerar sua percepção sobre o grau de satisfação com sua vida. Embora não existam dados conclusivos

sobre o assunto, de qualquer forma entende-se que, como o próprio conceito de QV é fundamentado na percepção do indivíduo, mesmo que esta esteja distorcida trata-se de um dado válido, merecedor de atenção (Lima & Fleck, 2009).

As evidências mostradas pelos estudos é de que todos os domínios da QV são afetados pelo transtorno depressivo (Lima & Fleck, op cit). Pesquisa realizada no Brasil, avaliando 2.201 usuários de serviços da atenção primária, identificou uma relação inversa entre a intensidade da sintomatologia depressiva e a percepção de qualidade de vida. (Fleck et al, 2002). O estudo mostrou ainda uma alta associação entre os sintomas depressivos, pior funcionamento social e maior utilização dos recursos de saúde pelos pacientes.

No que se refere especificamente a DPP, até o momento existem poucos estudos analisando essa relação (Barbosa et al, 2008). Os resultados encontrados sugerem que assim como ocorre na depressão em outros momentos, a QV encontra-se diminuída nas pessoas que possuem depressão pós-parto. Estudo realizado no Brasil realizado com 177 puérperas adolescentes encontrou rebaixamento significativo dos escores de QV nos domínios de saúde mental, vitalidade, estado de saúde geral, aspectos sociais e capacidade funcional (Barbosa et al, 2006). Em duas outras pesquisas também foi encontrado comprometimento maior da QV em mulheres com DPP em comparação a um grupo de não-deprimidas (Da Costa et al, 2006; Rojas et al, 2006).

Um dos fatores que interferem para o bem-estar de um indivíduo é a qualidade de seu sono. A privação de sono é uma das alterações mais comuns decorrentes da chegada de um bebê. Apesar de ser um momento de recuperação do organismo, é comum que a mulher se sinta desgastada por não conseguir dormir o mesmo número de horas que estava acostumada, em parte devido às frequentes mamadas e trocas de fraldas. Embora a maioria das mulheres pareça se adaptar a esse fator, outras podem ter seu bem-estar comprometido, afetando inclusive sua saúde mental (Sloan, 2011).

O conceito de qualidade de vida utilizado no presente trabalho remete a uma concepção mais ampla do que o utilizado em pesquisas sobre qualidade de vida em saúde. O que será avaliado aqui não é a percepção das mulheres sobre o impacto da DPP em diferentes domínios de suas vidas. Trata-se, na verdade, de avaliar a percepção global da entrevistada sobre seu contexto de vida para, a partir daí, verificar se a presença de DPP possui algum impacto na qualidade de vida percebida e, em caso afirmativo, de que forma este se manifesta.

2.1.5 Comorbidade com os Transtornos de Ansiedade

A ansiedade é um estado de humor negativo acompanhado de sintomas corporais de tensão física e apreensão em relação ao futuro (Barlow & Durand, 2008). É uma reação que se distingue do medo, pois este está relacionado a uma reação imediata de alarme frente a alguma interpretação de perigo. Um grau moderado de ansiedade é considerado positivo, na medida em que protege e prepara o organismo para o enfrentamento tanto de novas situações como para tarefas do cotidiano. Mas quando a ansiedade se torna excessivamente elevada começa a ser considerada patológica, na medida em que gera sintomas desconfortáveis como taquicardia, sudorese e dificuldades de concentração, prejudicando o funcionamento normal do indivíduo.

A ansiedade é frequentemente associada à gestação e ao puerpério como uma condição normal decorrente da fase de adaptação às mudanças físicas, psicológicas e sociais impostas pelo período. Uma ansiedade adaptativa é aquela que prepara a mulher para o enfrentamento dessas transformações através de uma postura ativa e saudável. Por outro lado, uma ansiedade patológica pode atrapalhar o bem-estar da mãe e, conseqüentemente o do bebê, podendo comprometer o desempenho das tarefas de cuidado necessárias nesse período.

Mães com níveis mais altos de ansiedade estado-traço, especialmente as primíparas, parecem ter uma tendência a interpretar de forma mais ameaçadora cenários ambíguos do meio quando comparadas a mães com escores de ansiedade mais baixos. Isso poderia ter um impacto negativo no processo de interpretação dos estímulos e comportamentos subsequentes de seus filhos, na medida em que as crianças teriam uma tendência a utilizar padrões maternos como referência (Challacombe et al, 2007).

Assim como ocorre na depressão, os transtornos de ansiedade são um dos acometimentos à saúde mental mais frequentes do puerpério (Matthey, Barnett, Howie & Kavannagh, 2003). O estudo epidemiológico publicado por Navarro et al (2008) identificou que 18,1% das mulheres sofria de algum transtorno mental na sexta semana do pós-parto, sendo os transtornos de humor (9.8%), de ajustamento (4.3%) e os transtornos ansiosos (4%) os mais prevalentes. Outro estudo, envolvendo a avaliação de 1024 puérperas na Alemanha, identificou maiores taxas de transtornos de ansiedade em relação aos depressivos (11.1% e 6,1% respectivamente), de acordo com os critérios da DSM-IV (Reck et al, 2008). Ainda assim, os transtornos de ansiedade são comumente subdiagnosticados e não tratados pelos profissionais de saúde (Goodman & Tyer-Viola, 2010).

Alguns autores sugerem que a ansiedade seja um componente da depressão perinatal (Hendrick et al 2000; Ross et al, 2003). No entanto, como a maioria das avaliações sobre os desajustes do puerpério se concentra na sintomatologia depressiva, os níveis de ansiedade podem estar sendo mascarados. A literatura alerta para a necessidade de uma investigação mais criteriosa a fim de distinguir os casos de depressão pós-parto dos de ansiedade, e as situações onde ambas coexistem. Embora as taxas de comorbidade entre os dois quadros sejam significativas, em geral não são detectadas pelos estudos (Austin et al, 2010).

Miller, Pallant e Negri (2006) avaliaram 325 mulheres na Austrália identificando que 10% apresentavam sintomas de ansiedade e estresse sem o diagnóstico de depressão, e 7%

tiveram tanto o diagnóstico de ansiedade como o de depressão. Esses autores sugeriram o termo “angústia do pós-parto” como melhor definidor dos desajustes emocionais desse período. No Brasil, a pesquisa desenvolvida por Cantilino (2009) avaliando 400 puérperas, detectou que 89,7% das mulheres que apresentavam depressão maior também tinham algum transtorno de ansiedade. Esse dado corrobora para a necessidade de uma investigação mais criteriosa sobre os diagnósticos.

Embora a EPDS, escala internacionalmente mais utilizada na DPP, tenha sido desenvolvida para rastrear sintomas de depressivos, esta possui itens que também investigam sintomas de ansiedade. Phillips, Sharpe, Matthey e Charles (2009) identificaram que existem na verdade duas subescalas dentro da EPDS: uma de ansiedade (itens 3, 4 e 5) e uma de depressão (itens 1,2,6,7,8,9 e 10). Mas mesmo que a EPDS rastreie sintomas de ansiedade, a maioria dos estudos epidemiológicos sobre a DPP não chega a envolver entrevistas clínicas padronizadas para diagnosticar especificamente transtornos de ansiedade. Geralmente essa investigação ocorre apenas em um segundo momento, em uma parte da amostra que obteve escores compatíveis com o ponto de corte escolhido para o diagnóstico de DPP. Essa prática pode fazer com que a prevalência de transtornos de ansiedade seja subdiagnosticada.

Os quadros de ansiedade mais comumente associados ao pós-parto são: transtorno do pânico (TP), transtorno de ansiedade social (TAS), transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Com o intuito de avaliar a prevalência dessas condições, Wenzel e colaboradores (2005) avaliaram 147 mulheres durante a oitava semana do puerpério utilizando entrevistas clínicas segundo os critérios do DSM-IV e inventários e auto relato. Encontraram a prevalência de 8,2% de TAG; 4,1% de TAS; 2,7% de TOC; 1,4% de TP e 0% de agorafobia. Em comparação aos dados da população em geral, o TAG, o TOC e o TP parecem possuir as mais altas taxas de prevalência entre quadros de ansiedade que ocorrem no pós-parto. A

seguir, serão apresentadas as características clínicas de cada transtorno e as pesquisas que investigam suas relações com o período do puerpério.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é caracterizado por uma ansiedade e preocupação excessivas relacionadas a diferentes temas e que ocorre na maioria dos dias por pelo menos 6 meses na vida do indivíduo. O indivíduo deve apresentar dificuldades no controle dessas preocupações e experimentar pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular e dificuldades no sono. Esse conjunto de dificuldades deve trazer sofrimento clinicamente significativo e perturbações no funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outra área considerada importante para o indivíduo. Assim como em outros transtornos de ansiedade, esta condição não deve ser decorrente de uma condição médica geral ou dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância nem ocorrem exclusivamente devido a um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Global do Desenvolvimento (American Psychiatric Association 2002). Em geral, os indivíduos com TAG procuram tratamento por causa não de suas preocupações mas sim devido à inquietude, tensão muscular, dificuldades para dormir e irritabilidade. Esse transtorno também aumenta o risco de episódios depressivos subsequentes (Allgulander, 2012).

A prevalência de TAG no puerpério oscila entre 4.4% a 8.2% (Ross & McLean, 2006). Em alguns estudos aparece como o transtorno de ansiedade mais frequente desse período (Grigoriadis et al, 2011; Wenzel, Haugen, Jackson & Brendle, 2005). A presença de TAG no pré-natal foi identificada como um fator de risco independente para o desenvolvimento da depressão pós-parto (Coelho, Murray, Royal-Lawson & Cooper, 2011).

Segundo Phillips, Sharpe, Matthey e Charles (2009) existem mulheres que após o nascimento de seus filhos apresentam vários sintomas de ansiedade e preocupações

específicas relacionadas à maternidade mas que não fecham critérios suficientes para nenhum tipo de transtorno ansioso. Os autores denominaram essa condição como “preocupação materna focada” (*maternally focused worry*), sugerindo que este seria um outro tipo de transtorno de ansiedade com características únicas, relacionadas ao período pós-natal. A pesquisa feita por esses autores, investigando 167 mulheres entre as duas primeiras semanas até o primeiro ano do pós-parto, identificou que esse quadro seria similar ao TAG, tanto em termos do número de mulheres acometidas, da severidade dos sintomas de ansiedade e depressão, do prejuízo funcional e dos fatores de risco. No entanto, para que esse quadro seja mesmo reconhecido como um transtorno específico, outras pesquisas precisam ser realizadas.

De acordo com os critérios do DSM-IV-TR, o Transtorno do Pânico é definido como um transtorno de ansiedade marcado pela presença de ataques de pânico recorrentes e interpretados pelo indivíduo como inesperados. Esses ataques, caracterizados por um período de intenso temor ou desconforto, deve conter quatro ou mais dos seguintes sintomas: taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, sensação de asfixia, dor ou desconforto no tórax, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, desrealização ou despersonalização, medo de morrer ou perder o controle, sensação de formigamento e calafrios. Para serem diagnosticadas como tal, essas sensações não podem ser decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. O indivíduo deve apresentar uma preocupação por mais de um mês acerca da possibilidade de ter outros ataques de pânico e /ou das implicações que estes podem trazer e/ou uma alteração comportamental relacionada a essas crises. Para que esse diagnóstico seja dado, os ataques de pânico não podem ser mais bem explicados como fazendo parte de outros transtornos de ansiedade. Pode ou não ser acompanhado de agorafobia, que é uma intensa ansiedade e evitação de lugares interpretados pelo indivíduo como de difícil escape ou acesso à ajuda caso venha se sentir mal em decorrência dos ataques de pânico. Quando há o enfrentamento dessas

situações, normalmente a pessoa sente um extremo desconforto e pode procurar companhia, na tentativa de um reassentimento de que não irá passar mal ou tenha assistência caso isso ocorra. Essa esquivada agorafóbica também não pode ser melhor explicada como decorrência de outro transtorno de ansiedade (American Psychiatric Association, 2002).

As pesquisas ainda não são conclusivas no que diz respeito a se existe uma melhora, piora ou manutenção do TP durante a gestação. Algumas alterações fisiológicas típicas desse período, principalmente no final da gravidez, como taquicardias, tontura, sudorese e dificuldade de respirar podem ser interpretadas catastróficamente e desencadear sintomas de Pânico. A presença de TP na gestação e no histórico individual e/ou familiar da puérpera foi identificado como fator de risco pra o desenvolvimento de DPP (Rambelli et al, 2010). Mulheres com transtorno do pânico no início da gravidez tiveram 4,2 mais chances de desencadear DPP quando comparadas com as que não tinham esse quadro de ansiedade (Beck, 2002).

Existem dados consistentes que indicam tanto um aumento do risco de surgimento quanto de piora dos sintomas de transtorno do pânico no puerpério (Bandelow et al, 2006). Além da hipótese psicossocial de que a chegada de um filho pode ser vivenciada como um evento muito estressante, devido às inúmeras modificações e responsabilidades que esse evento traz na vida da mulher, existem tentativas de explicação com base hormonal. Uma brusca queda das concentrações de progesterona e o estrogênio, hormônios relacionados aos neurotransmissores serotonina e noradrenalina, poderia ser responsável por desencadear sintomas em mulheres mais suscetíveis a quadros de ansiedade e depressão.

O Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social é caracterizado por um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho em que o indivíduo interprete que esteja sendo avaliado negativamente. A exposição a essas situações leva a pessoa a experimentar vergonha e sintomas de ansiedade, podendo desencadear ataques de pânico.

Como em geral desencadeiam sentimentos de medo e desconforto, essas situações são evitadas ou vivenciadas com intenso sofrimento, apesar do indivíduo reconhecer que seu medo é irracional e excessivo. Para que o diagnóstico de TAS seja dado, esse temor ou esquiva não deve ser melhor explicado por outro transtorno mental ou condição médica em geral. A prevalência desse transtorno em população não-clínica varia entre 3 a 13% (American Psychiatric Association, 2002).

O estudo conduzido por Cantilino (2009) em Recife identificou que 11,2% de 400 puérperas fecharam critérios para diagnóstico de Fobia Social. Foi sugerido que esse período representa um desafio para as mães que possuem o quadro, uma vez que há maior exigência de contato social com diferentes profissionais, familiares e amigos em virtude do nascimento do bebê (Cantilino et al, 2010).

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões geradoras de intensa ansiedade e que interferem significativamente no funcionamento social e ocupacional do indivíduo, ainda que este consiga reconhecer a irracionalidade do quadro. Pensamentos, impulsos ou imagens (obsessões) são experimentados de forma recorrente, persistente, intrusiva e, por gerarem intenso desconforto, fazem com que a pessoa tente suprimi-las através de comportamentos repetitivos ou atos mentais (compulsões) que visam prevenir ou diminuir a angústia. Para que o diagnóstico de TOC seja dado, essa perturbação não pode ser efeito direto de substâncias (como uso de drogas e efeito de medicamentos) e nem devido a uma condição de saúde em geral. Cerca de 2,0% da população é afetada por esse transtorno. (American Psychiatric Association, 2002).

Sintomas obsessivos-compulsivos podem se manifestar tanto na gravidez como no puerpério. Nas mulheres que já apresentam o quadro, pode haver uma piora dos sintomas (Speisman, Storch & Abramowitz, 2011). Este é o transtorno de ansiedade mais bem estudado no puerpério. Em termos de prevalência, Uguz e colaboradores (2007) diagnosticaram o

quadro em 4% das mulheres na sexta semana do pós-parto através de entrevista clínica guiada pelos critérios da DSM-IV e aplicação de uma das mais tradicionais escalas de TOC, a Escala de Sintomas Obsessivos Compulsivos de Yale Brown (Y-BOCS).

Embora seja comum o fato de mulheres com depressão pós-parto apresentarem sintomas obsessivos-compulsivos, ainda não há dados suficientes para que se possa estabelecer uma relação causal entre as duas condições. Sabe-se, no entanto, que essa comorbidade pode tornar a experiência do puerpério ainda mais angustiante, pois a mãe pode se culpar por estar tendo pensamentos agressivos em relação a seu filho (Abramowitz, Schwartz & Moore, 2003). Em geral, o conteúdo das obsessões concentra-se em ferir, intencionalmente ou acidentalmente, o bebê. Outras obsessões e compulsões envolvem contaminação (lavar exaustivamente as mãos para não passar doenças para a criança), simetria (p.ex., cobrir o bebê com o cobertor de forma considerada “exata”), checagem e rezas.

É importante ressaltar que muitas mães apresentam pensamentos obsessivos relacionados à segurança e à saúde do bebê. Segundo Abramowitz, Schwartz e Moore (2003), cerca de 65% das mulheres podem apresentar essas preocupações. No entanto, o fator que distingue esse dado de uma condição psiquiátrica é que esses pensamentos não atrapalham significativamente o funcionamento social, ocupacional e familiar das mães. Mães com TOC no puerpério podem, por exemplo, sentir medo de segurar seus bebês ou fazer troca de fraldas pois acreditam que podem machucá-los ou molestá-los, prejudicando a relação mãe-bebê.

A observação de algumas características ajuda a fazer o diagnóstico diferencial dos pensamentos que ocorrem no TOC, na DPP e na psicose puerperal. No TOC, os pensamentos desencadeiam medo das consequências, possuem conteúdo bizarro, sem sentido e são focados especificamente em um tema. Já na DPP, os pensamentos costumam ser ruminativos, melancólicos, negativos, focado em circunstâncias atuais e as preocupações se alternam de um assunto para o outro. Diferente da psicose puerperal, no TOC não há presença de sintomas

psicóticos como alucinações e delírios. Na psicose puerperal, os pensamentos de cunho agressivo normalmente não trazem angústia ou medo das consequências e são acompanhados de comportamento agitado e bizarro. Nesse último, existe de fato um risco à segurança do bebê, exigindo que a mãe seja acompanhada atentamente (Speisman, Storch e Abramowitz (2011).

Ainda que não existam dados conclusivos, existem algumas teorias que procuram explicar a etiologia do TOC no pós-parto, como a teoria cognitivo-comportamental, a biológica, a sócio biológica e a evolucionista. A primeira defende que os sintomas se estabelecem através de uma combinação entre o súbito aumento de responsabilidade devido ao nascimento da criança, a má interpretação de pensamentos intrusivos angustiantes e a consequente emissão de comportamentos com o objetivo de diminuir o desconforto gerado pelas obsessões (Abramowitz, Nelson, Rygwall & Khandker, 2007; Fairbrother & Abramowitz, 2007).

A teoria biológica, por sua vez, entende que a abrupta queda de estrogênio e progesterona, hormônios ligados ao funcionamento da serotonina, acrescido de uma maior concentração de ocitocina são fatores contribuintes para o desenvolvimento dos sintomas de TOC no puerpério (Leckman et al, 2004).No entanto, um dado que desafia essa teoria é o fato de alguns homens, que não sofrem esse desequilíbrio biológico, desenvolverem o transtorno em virtude do nascimento de seus filhos. De forma parecida com as mães, há pais que desencadeiam obsessões angustiantes relacionadas à possibilidade de ferir sua mulher grávida e de ferir, intencionalmente ou acidentalmente, o bebê.

As teorias sociobiológicas tem como uma de suas hipóteses uma maior suscetibilidade das puérperas com TOC aos mecanismos de estresse e ansiedade. Uma recente pesquisa concluiu que puérperas com TOC apresentavam uma elevada resposta de funcionamento endócrino e um padrão diferente de ativação de circuito cerebral em resposta ao estresse

psicossocial quando comparadas à puérperas saudáveis (Lord et al., 2012). Outro estudo identificou que puérperas com TOC apresentavam um aumento de níveis de cortisol em relação a um grupo controle (Lord et al, 2011).

Por último, as teorias evolucionistas postulam que pensamentos obsessivos em relação a segurança e saúde do bebê desempenham um importante papel adaptativo na medida em que mantém os pais em alerta para possíveis ameaças à integridade de seus descendentes. No entanto, nas pessoas com alguma predisposição genética ou ambiental isso se tornaria disfuncional, desencadeando quadros obsessivos-compulsivos (Ross & Mc Lean, 2006).

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático se desenvolve em decorrência da exposição do indivíduo a um evento traumático em que este tenha vivenciado, testemunhado ou sido confrontado, envolvendo morte, grave ferimento ou ameaça à sua integridade física ou a de outras pessoas. Podem ser desenvolvidas sensações de medo, impotência ou horror, revivência persistente do evento traumático através de angustiantes recordações ou sonhos, alucinações, ilusões ou *flashbacks* dissociativos, agindo ou sentindo como se o evento estivesse ocorrendo novamente. Intenso sofrimento ou reatividade fisiológica podem ser experimentados quando o indivíduo é exposto a estímulos que lembrem, direta ou indiretamente, o evento traumático. Em decorrência disso, um comportamento de esquiva persistente é desenvolvido em relação a esses estímulos, ocorrendo sintomas persistentes de excitabilidade aumentada que não estavam presentes antes do acontecimento traumático. Essa perturbação deve ter uma duração maior que 1 mês e trazer sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo ou prejuízos no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante de sua vida (American Psychiatric Association, 2002).

As taxas de prevalência de TEPT no pós-parto oscilam entre 1% e 6%. No Brasil, uma avaliação feita em 400 puérperas identificou uma frequência de 5.3% do quadro sendo que 2.3% dessa amostra começou a apresentar os sintomas a partir do parto (Zambaldi,

Cantilino & Sougey, 2011). Nessa pesquisa, o TEPT estava relacionado ao assédio sexual, ter sido vítima e testemunha de crimes, assalto, morte de um ente querido, trauma do parto e sofrimento de violência pelo parceiro. Esses dois últimos eventos traumáticos foram relatados pelas mulheres que haviam iniciado os sintomas após o nascimento do bebê.

Um dos motivos que desencadeiam esse quadro de ansiedade é o chamado parto traumático. Nesse caso, a mulher pode experimentar sensações de medo intenso, desamparo, perda de controle e horror em decorrência de complicações no trabalho de parto, no parto em si, ou de uma real ou temida lesão física, morte do bebê ou ainda de sua própria morte (Beck, 2004). Mulheres que apresentam histórico de outros transtornos psiquiátricos, medo do parto, complicações em partos anteriores, cesariana de emergência, parto a fórceps ou a vácuo e ter o filho internado na UTI estariam mais propensas a desenvolver TEPT relacionado ao parto (Lefkowitz, Baxt & Evans, 2010; Zambaldi, Cantilino & Sougey 2009),

Alcorn e colaboradores (2010) conduziram um detalhado estudo longitudinal prospectivo a fim de estimar a frequência de mulheres que preenchiam todos os critérios de TEPT (em comparação as que apresentavam somente alguns sintomas) e as que apresentaram o quadro a partir do pós-parto (em comparação aquelas que já tinham o transtorno na gestação). A avaliação aconteceu no último trimestre da gravidez (n=933) e em três momentos do puerpério: 4-6 semana (n=866) , 12º semana (n=826)e 24º semana (n=776). Após o controle das variáveis, foram obtidas, respectivamente as seguintes frequências de TEPT no puerpério: 1.1%, 3.1% e 3,1%.

Conforme o exposto, tanto sintomas depressivos como de ansiedade podem trazer prejuízos significativos às puérperas. A presença de comorbidade pode ser mais difícil de tratar do que cada transtorno isolado (Emmanuel & Simmond & Tyrer, 1998). Os dados sugerem a importância de identificar esses quadros durante os atendimentos de rotina dos

serviços de saúde, para que o planejamento acerca das estratégias de tratamento possa ser melhor conduzido.

2.2. Tratamento Cognitivo-Comportamental da Depressão Pós-Parto

Devido ao impacto negativo que os sintomas depressivos podem gerar na mulher, na relação mãe-bebê e com outros membros da família é importante que eles sejam diagnosticados e tratados o mais rápido possível (Wisner, Chambers & Sit, 2006). Kauppi e colaboradores (2008) analisaram dez casos de mulheres que cometeram filicídio durante o primeiro ano do pós-parto. Concluíram que embora essas mães apresentassem sintomas claros de depressão e tenham comunicado seus familiares sobre a dificuldade de cuidarem de seus filhos, infelizmente não chegaram a receber tratamento.

O tratamento da depressão pós-parto vem se constituindo um desafio para os profissionais de saúde. Como ocorre no caso de sintomas depressivos em outros momentos da vida, o uso de medicação e a psicoterapia são considerados as principais estratégias de tratamento. Em relação à farmacoterapia, os estudos ainda não são conclusivos quanto a segurança dos psicotrópicos na gestação e no puerpério (Patel & Wisner, 2011).

A sertralina e a paroxetina estão entre as opções mais indicadas para a mãe que está amamentando, devido ao relato de poucos efeitos adversos nos bebês. Por sua vez, a fluoxetina e o citalopram parecem ser as opções menos seguras devido a detecção significativa no plasma das crianças (Fitelson, Kim, Baker & Leight, 2011; Magalhães et al, 2006).

A possibilidade do medicamento gerar efeitos prejudiciais nos bebês faz com que muitas mães recusem este tipo de tratamento. Por esse motivo, estudos apontam para importância de pesquisas que investiguem modalidades não-farmacológicas, como as

intervenções psicossociais (Misri & Kendrick, 2007). Um dos tipos de psicoterapia comprovadas e indicadas para o tratamento da depressão pós-parto é a terapia cognitivo-comportamental (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Appleby, Warner, Whitton & Faragher, 1997).

A terapia cognitivo-comportamental corresponde a um termo utilizado para designar uma série de abordagens psicoterapêuticas que pressupõem que a atividade cognitiva influencia o comportamento; que esta pode ser alterada e monitorada; e que o comportamento pode ser mudado se houver mudanças na cognição (Knapp, 2004). Um dos tipos de terapia cognitivo-comportamental, e que será utilizada como referencial teórico nessa tese, é a chamada terapia cognitiva (TC)

A TC foi originalmente formulada por Aron Beck na década de 60, a partir do tratamento de pessoas com depressão maior. Trata-se de uma abordagem estruturada, diretiva, colaborativa, focada no aqui-agora, com forte componente educacional, de prazo limitado e que vem sendo comprovada como uma alternativa eficaz para vários transtornos psiquiátricos (Pereira & Range, 2011). Utiliza várias técnicas a fim de amenizar o sofrimento do indivíduo através da identificação e reestruturação de três níveis de cognições: pensamentos automáticos disfuncionais, crenças intermediárias e crenças nucleares. Essas cognições são importantes na medida em que influenciam sentimentos e comportamentos, podendo mediar respostas não adaptativas e geradoras de sofrimento, principalmente por se apresentarem como verdades absolutas para o sujeito.

A TC se baseia no modelo cognitivo, onde se postula que cada indivíduo desenvolve uma maneira de interpretar e se comportar baseada na interação de suas características inatas e os modelos/aprendizagens diversos que teve não só durante a infância mas também ao longo de sua vida. Esse modo de ser é chamado de esquema cognitivo e constitui-se como um filtro através do qual a pessoa avalia suas experiências e, conseqüentemente se comporta.

Quando o indivíduo passa por experiências de vida negativas e as interpreta de forma absolutista, sem considerar outros vieses da realidade, pode começar a desenvolver esquemas cognitivos não adaptativos, chamados de crenças e pensamentos disfuncionais. Essas crenças embora correspondam a uma avaliação parcial e distorcida dos fatos, são vivenciadas pela pessoa como verdades absolutas e costumam mediar intensos afetos negativos (Beck, 1997).

O modelo cognitivo da depressão formulado por Beck postula que o paciente nessa condição apresenta a chamada tríade cognitiva, que corresponde a um padrão envolvendo uma visão negativa de si mesmo, das experiências atuais e do futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Em geral, a pessoa acredita ser inadequada, defeituosa, sem valor, podendo ser bastante crítica e desqualificar seus comportamentos positivos. Interpreta eventos do cotidiano de forma tendenciosamente negativa, acreditando que o mundo é um fardo e que não será capaz de corresponder às exigências rotineiras, pelo fato de serem muito rigorosas e de estarem além da sua capacidade de enfrentamento. Apresenta dificuldade significativa em considerar perspectivas positivas em relação a eventos que ainda irão acontecer, ou antecipa problemas que talvez nunca aconteçam. O paciente deprimido se considera um fracasso como pessoa, na forma como age no mundo e na maneira como irá lidar com seu futuro.

Esse padrão de pensamento pode desencadear sentimentos de desesperança, apatia, baixa de energia, desmotivação, tristeza, irritabilidade e comportamentos de isolamento, dificultando a reversão dessa sintomatologia. É típico da pessoa deprimida a distorção das experiências para que estas se tornem compatíveis com seus esquemas, ou seja, ela interpreta de forma tendenciosa a realidade a fim de que esta corresponda a determinados padrões cognitivos estáveis negativos e absolutistas que tenha formado ao longo da vida (Beck, 1997).

O tratamento cognitivo da depressão consiste em monitorar os pensamentos automáticos negativos; reconhecer como estes interferem na forma de se sentir e se comportar; examinar evidências existentes na realidade que confirmem ou não essas

interpretações; reestruturar os pensamentos de uma forma mais adaptativa; conhecer e modificar crenças disfuncionais que correspondam ao núcleo gerador de interpretações tendenciosas. Além das estratégias cognitivas, são utilizadas técnicas comportamentais. Através destas, o paciente pode questionar suas crenças a partir de experiências feitas no cotidiano e obter um progressivo aumento em seu nível de prazer executando tarefas previamente planejadas durante a terapia (Beck & Alford, 2011).

2.2.1 O Modelo Biopsicossocial da Depressão Pós-Parto

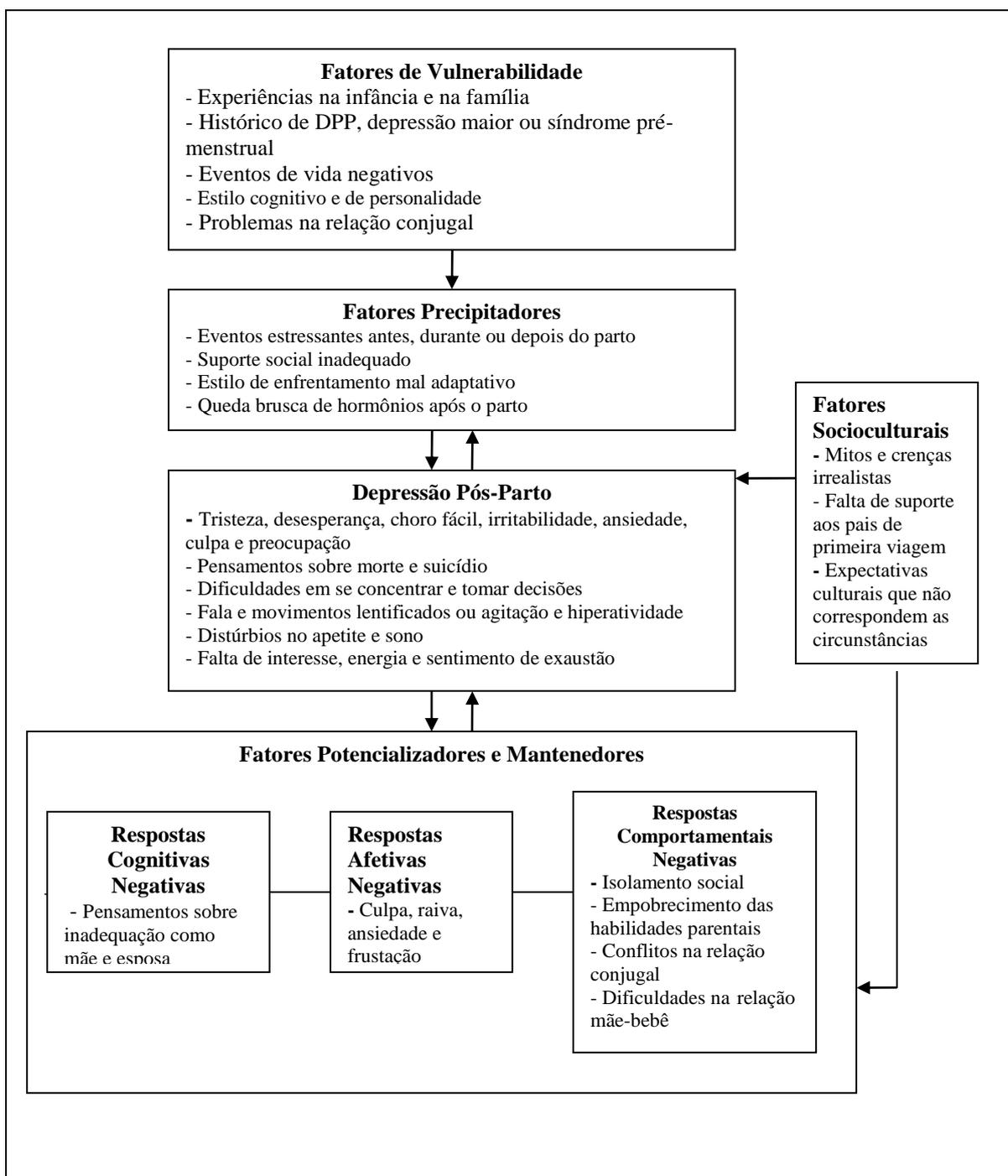
No que se refere especificamente à compreensão e ao tratamento da depressão pós-parto, Milgrom, Martin e Negri (1999) desenvolveram um modelo biopsicossocial com o intuito de mostrar como a interação de diferentes variáveis pode levar ao desencadeamento e manutenção desse quadro em algumas mulheres. Os autores propõem que mulheres que possuam determinados fatores de vulnerabilidade podem desencadear os sintomas de DPP quando expostas a determinados estressores. Os fatores socioculturais, por sua vez, contribuiriam não só para precipitar o quadro como também para potencializá-lo e mantê-lo (quadro 3).

O modelo procura integrar o conhecimento que se tem atualmente da DPP, considerando alguns determinantes que parecem participar do processo. É dada ênfase ao papel da cognição, uma vez que as interpretações que se têm acerca dos fatos parecem ser mais importantes no desencadeamento, exacerbação e manutenção dos sintomas do que a realidade objetiva em si mesma.

A partir dessa concepção biopsicossocial e da adaptação do manual “Lidando com a Depressão” (Lewinsohn et al 1984), Milgrom, Martin e Negri elaboraram um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para a depressão pós-parto. O tratamento é composto

por nove sessões, distribuídas ao longo de três fases: (1) intervenções comportamentais, (2) intervenções cognitivas, e (3) prevenção de recaída e avaliação dos resultados. Ainda há a possibilidade de serem feitos encontros com o pai da criança, sendo acrescentadas mais três sessões ao protocolo. Embora tenha sido desenvolvido para aplicação em formato grupal, os autores admitem a aplicabilidade individual, podendo ser flexibilizado de acordo com as necessidades de cada mãe.

Quadro 3. Modelo biopsicossocial da depressão pós-parto



Fonte: Milgrom, Martin & Negri (1999). Traduzido e adaptado com autorização de John Wiley & Sons Ltda.

2.2.2 Protocolo de Tratamento Cognitivo-Comportamental para Depressão Pós-Parto

A seguir serão descritas os objetivos de cada sessão do programa de tratamento cognitivo-comportamental para depressão pós-parto *The Getting Ahead of Postnatal Depression* desenvolvido na Austrália pelos pesquisadores Jeannette Milgrom, Paul R. Martin e Lisa M. Negri (1999). Esse material encontra-se originalmente em língua inglesa, tendo sido traduzido pela pesquisadora principal desse trabalho com intuito exclusivamente acadêmico.

A primeira sessão tem início com a apresentação dos membros do grupo e as regras da terapia. Procura-se reconhecer o esforço de cada mãe em estar ali e explorar os obstáculos que tiveram que transpor para comparecer no primeiro dia de tratamento, buscando conhecer as estratégias de enfrentamento das participantes.

Em seguida, uma discussão é feita, a partir do relato de cada mãe, sobre a experiência com a gravidez, o parto e o puerpério. A partir disso, os terapeutas iniciam a psicoeducação sobre a DPP e seu modelo biopsicossocial. Durante esse momento, são dadas algumas informações sobre como lidar com o quadro, através da apresentação das seguintes estratégias: aumento das atividades prazerosas e interações sociais, aprendizagem de técnicas de relaxamento, aumento da assertividade e habilidades de comunicação, construção de redes de suporte social, aumento de pensamentos positivos, diminuição dos pensamentos negativos e desafio de crenças não-adaptativas. Na realidade, nesse primeiro momento é feito somente um anúncio da maioria dessas técnicas, uma vez que cada uma será desenvolvida ao longo do tratamento.

Como tarefa de casa, pede-se que cada mãe faça um registro de atividades de pelo menos um dia em sua semana, anotando todas as suas tarefas e monitorando como foi seu humor a partir de uma escala de 1 a 9, considerando 1 como muito deprimida (o pior estado que já se sentiu) e 9 como muito feliz (o melhor estado). Essa última tarefa, que corresponde a

um diário do humor, é prescrita e revisada em todas as sessões. Um material é distribuído no fim da primeira sessão contendo cópias das informações sobre a DPP, do registro semanal de atividades e do diário do humor.

Os autores do protocolo enfatizam que geralmente na primeira sessão as mães se apresentam muito vulneráveis e esperam que o terapeuta as ajude a se sentir mais confortáveis. É importante que se sintam acolhidas, bem-vindas e possuidoras de elementos em comum as outras integrantes, estimulando a coesão grupal.

A segunda sessão tem início com a revisão das tarefas de casa e a continuidade da psicoeducação sobre a DPP. É apresentada a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos e como os sintomas da depressão podem piorar com o comportamento de isolamento social. O objetivo é explicar a importância do aumento das atividades que proporcionem bem-estar, como uma forma de melhorar o humor e propor às mães um planejamento diário, de forma que a vivência de momentos de prazer seja maior do que os de desprazer ou outras situações consideradas “neutras”. É apresentada ao grupo uma lista com sugestões de atividades agradáveis, contendo itens como “estar com os amigos”, “ouvir música”, “se sentar ao sol”, “respirar ar puro”, “receber amigos”, ou outras ideias trazidas pelas mães.

Procura-se também explorar se as participantes experimentam sentimento de culpa quando se engajam (ou mesmo se imaginam) em atividades prazerosas, iniciando a reestruturação de pensamentos disfuncionais como “eu não posso me divertir”, “eu devo cuidar do meu bebê e tempo integral” ou outras distorções do tipo “deveria”. Em outra atividade, cada mãe estabelece um compromisso consigo mesma (escrito, assinado e datado) de que irá se engajar em uma determinada atividade que considere agradável ao longo da semana e estabeleça uma recompensa que dará a si própria por ter cumprido esse desafio. Ao final da segunda sessão, cada integrante leva um novo registro semanal de atividades, um

novo diário semanal de monitoramento do humor (acrescentando agora uma nova coluna para medir o nível de tensão e relaxamento em cada dia) e uma lista com as sugestões de atividades prazerosas.

Devido ao excesso de tarefas oriundas dos cuidados com o bebê, algumas mulheres podem ter dificuldades em realizar as tarefas de casa. Os autores do protocolo propõem que isso seja discutido nas sessões, pois várias mães podem sentir a mesma dificuldade, representando a oportunidade de explorarem juntas estratégias para contornar esse problema.

A terceira sessão é centrada no desenvolvimento de habilidades de relaxamento. Após a revisão das tarefas de casa propostas no encontro anterior, o terapeuta ensina ao grupo a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, onde diferentes grupamentos do corpo são tensionados e descontraídos. Em seguida, o terapeuta estimula que as mães relatem os momentos do dia que considerem mais estressantes para elas. O objetivo é fazer com que as participantes reconheçam sinais de tensão corporais e aprenda a relaxá-los com o uso da técnica. São exploradas também outras formas sugeridas pelo próprio grupo, como técnicas de yoga, falar ao telefone com amigos, tomar um banho, respirar calma e profundamente, entre outras. Ao final dessa sessão, é solicitado que cada mãe faça exercícios de relaxamento de uma a três vezes ao longo da semana e que continue preenchendo seu diário do humor.

A quarta sessão é centrada na importância da assertividade, que consiste em expressar os pensamentos e sentimentos de uma forma adequada, sem ser passivo ou agressivo. Embora não seja uma garantia de conseguir o que se quer, o treino em assertividade é importante pois corresponde ao exercício de cada mãe em reconhecer e defender seus direitos, inclusive o de pedir ajuda em momentos de estresse, depressão e ansiedade. Muitas mulheres relatam dificuldades em “dizer não” por acharem que são obrigadas a suportar as tarefas da maternidade sem reclamar. Em outros casos, algumas se ressentem do excesso de “conselhos” dados por outras pessoas a respeito de como cuidar de seus bebês mas permanecem caladas

para, momentos depois, terem rompantes de agressividade, em geral com seus familiares em casa. Nessa sessão, a assertividade é relacionada ao conceito de autoestima e como tarefa de casa é solicitado que cada integrante do grupo escreva uma carta de amor para si própria, procurando ressaltar suas qualidades e potencialidades. Além disso, é solicitado um novo registro do humor semanal e uma tarefa onde identifique a necessidade de desempenhar comportamentos mais assertivos.

A quinta sessão corresponde ao início das intervenções focadas na mudança das cognições. Cada elemento do grupo é estimulado a relatar sobre como sua família de origem lidava com os cuidados com as crianças, verificando se a forma como os parentes (inclusive o marido) pensa é similar ao que acreditam. A ideia é explorar nas participantes como os pensamentos atuais sobre a maternidade possuem relação com a forma como foram criadas. Ainda que não exista uma maneira única, “verdadeira” de interpretação, esta pode gerar sentimentos e comportamentos disfuncionais. Essa sessão marca o início da reestruturação de pensamentos disfuncionais que podem estar dificultando a melhora dos sintomas da depressão pós-parto. Como tarefa de casa é solicitado que cada mãe discuta com seu companheiro (se houver) como foi sua infância e para que preste atenção em seus pensamentos e expectativas sobre ser mãe/ pai. O monitoramento do humor deve continuar sendo feito, até o final do tratamento.

Na sexta sessão, são discutidas as possíveis dificuldades que as mães possam estar experimentando na aplicação das técnicas e tarefas de casa. São explorados os pensamentos que possam estar influenciando esse processo. As situações em que estas dificuldades ocorrem são analisadas no grupo através da cadeia situação-pensamento-sentimento-comportamento, reestruturando as interpretações disfuncionais. Nessa sessão o terapeuta ensina ainda como fazer planos de ação e a estratégia de solução de problemas. Além disso, o término do tratamento é lembrado, procurando investigar como os membros do grupo se

sentem em relação a isso e ressaltando a possibilidade de serem feitas mais três outras sessões com o companheiro ou outros membros da família.

O objetivo da sétima sessão é dar continuidade à reestruturação cognitiva, aumentando pensamentos racionais e diminuindo pensamentos de cunho negativo. O modelo cognitivo-comportamental, a teoria cognitiva da depressão e os princípios do tratamento da DPP são novamente discutidos. Em uma das atividades, cada mulher é estimulada a registrar na sessão os pensamentos que teve desde o momento em que acordou até aquele momento, procurando perceber se estes tiveram relação com a forma como se sentiram e se comportaram. É ensinada a ideia de que embora muitas vezes os eventos do mundo não possam ser modificados, incluindo aí o comportamento de outras pessoas, pode-se modificar a forma como se pensa sobre as situações. Nessa sessão são ensinadas algumas técnicas cognitivas, como pensar o que de pior poderia acontecer em uma determinada situação, interromper o fluxo de pensamentos negativos através da técnica do “pare!”, designar um determinado período do dia em que haverá dedicação exclusiva as preocupações que desencadeiem desconforto, usar cartões de enfrentamento com mensagens positivas, elaborar uma lista de desejos e tentar executá-la de forma gradativa, entre outras.

Durante o tratamento, é ressaltado para o grupo que nem todas as técnicas terão a mesma utilidade para todos os membros. Algumas mães se identificarão e sentirão mais efeito com algumas em detrimento de outras. O importante é que cada uma monte seu repertório e o coloque em prática, a fim de diminuir os sintomas da DPP.

Ao longo da oitava sessão, o terapeuta deve se certificar se as mães realmente estão entendendo a relação pensamento, sentimento e comportamento pois embora seja fácil para o profissional, para elas pode ser difícil identificar e separar adequadamente cada elemento da cadeia. Isso é importante porque o tema dessa sessão é justamente o objetivo principal da terapia cognitiva que é a reestruturação dos pensamentos automáticos disfuncionais, tornando-

os mais adaptativos. Uma lista de distorções cognitivas é dada para cada paciente para ajudar a identificação desses pensamentos irracionais.

A sessão nove, a última do protocolo, corresponde à fase de prevenção de recaída e avaliação dos resultados. O terapeuta propõe uma discussão onde cada mãe fale sobre sua mudança de humor ao longo do tratamento, como poderiam manter os ganhos obtidos com a terapia e aumentar sua rede de suporte social a fim de que estejam mais preparadas para a ocorrência de problemas no futuro. Um encontro de *follow-up* (sessão 10) é agendado para três ou quatro semanas desse dia de término da terapia, para que a mãe possa ser avaliada e esclareça algum tipo de dúvida que tenha surgido nesse meio tempo.

Conforme mencionado, os autores apontam a possibilidade do protocolo ser estendido por mais três sessões, a fim de incluir os pais dos bebês ou as crianças. Outra opção é a aplicação do protocolo em formato individual. Neste último caso, o tratamento deve ser flexibilizado de acordo com a necessidade de cada mãe, seguindo três fases. Na primeira, que poderá levar de duas a quatro sessões, é realizada uma avaliação detalhada acerca de sua história de vida, dando bastante espaço para que a mãe fale sobre seus pensamentos e sentimentos. Um dos objetivos é fazer com que seja construída uma forte aliança com o terapeuta, por ser está um dos principais elementos do processo terapêutico. Muitas vezes esse primeiro contato corresponde à primeira oportunidade da mãe falar realmente como se sente sem precisar escutar conselhos simplistas como “as coisas vão melhorar logo”, “vai passar” ou “você precisa mesmo é tirar um cochilo”.

Na segunda fase, feita em uma ou duas sessões, há a formulação dos principais objetivos a serem alcançados na terapia. A psicoterapia deve ser planejada em função do nível de depressão apresentado, devendo-se ter o cuidado de não programar muitas tarefas de casa, para que a mãe não se sinta ainda mais sobrecarregada.

O tratamento propriamente dito começa na terceira fase, através do ensino e exercício das técnicas de TCC. Procura-se desenvolver um repertório de habilidades a fim de capacitar a participante para o alcance dos objetivos traçados em conjunto com o terapeuta.

Esse protocolo foi utilizado como instrumento em pelo menos três estudos. No primeiro, 192 mulheres foram alocadas em quatro condições de tratamento: TCC em grupo; grupo de aconselhamento; aconselhamento individual e atendimento de rotina. Foi observado que as intervenções psicológicas obtiveram resultados superiores na redução dos sintomas de DPP quando comparadas ao atendimento de rotina (Milgrom et al, 2005). Em outra pesquisa, Griffiths e Barker-Collo (2008) testaram uma intervenção de oito sessões elaboradas a partir desse protocolo, observando uma redução geral dos sintomas. Por fim, Craig, Judd e Hodgins (2005) encontraram uma melhora significativa dos sintomas de DPP ao aplicar esse instrumento em 16 mulheres pertencentes a uma zona rural da Austrália

3 OBJETIVOS

Esse estudo pretende colaborar com a investigação da saúde mental de puérperas e investigar a efetividade de uma alternativa de tratamento não-farmacológico para depressão pós-parto.

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência da depressão pós-parto e variáveis associadas em uma amostra de mulheres em uma maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro assim como averiguar a efetividade de um protocolo de tratamento de psicoterapia cognitivo-comportamental desenvolvido especificamente para este fim.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma pesquisa epidemiológica descritiva transversal com o intuito de averiguar a prevalência da depressão pós-parto, transtornos de ansiedade, pensamentos disfuncionais e qualidade de vida de uma amostra de mulheres que esteja aguardando consulta de revisão do pós-parto no Ambulatório da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ).
- Aplicar e verificar a efetividade do protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para depressão pós-parto em formato individual desenvolvido por Milgrom, Martin e Negri (1999).

4 MÉTODO

A pesquisa envolveu dois tipos de delineamento. Inicialmente foi feito um estudo epidemiológico descritivo transversal, a fim de determinar a prevalência da DPP e fatores associados. Em seguida, após a aplicação do protocolo de tratamento, foi utilizado o método quase-experimental de estudo de caso clínico.

4.1 Participantes

Mulheres que aguardavam suas consultas de revisão do pós-parto na ME-UFRJ e que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram convidadas a participar do estudo. Os critérios de inclusão e exclusão utilizados foram listados abaixo.

Critérios de Inclusão para aplicação das escalas e entrevistas diagnósticas (etapa 1)

- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Data do último parto entre 02 semanas e 06 meses

Critérios de inclusão para o tratamento cognitivo-comportamental (etapa 2)

- Ter participado da primeira etapa da pesquisa (aplicação das escalas e entrevistas diagnósticas)
- Diagnóstico de Depressão Maior a partir da entrevista clínica (MINI) e escore maior ou igual a 10 no EPDS.

Critérios de Exclusão

- Apresentar déficit cognitivo que inviabilize a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da proposta do tratamento
- Apresentar relato atual de abuso de drogas psicoativas
- Apresentar condição de crise que exija intervenção emergencial (p.ex.: quadros psicóticos ou risco de suicídio)
- Ter tido bebê natimorto ou neomorto na gestação atual
- Estar com o bebê internado na UTI da Maternidade Escola

Com o objetivo de calcular o número necessário de participantes a serem entrevistadas e levando em conta a dificuldade de acesso ao número total de pacientes atendidas na Maternidade foi feito um cálculo a partir de uma amostra inicial coletada (n=179). Considerando um intervalo de confiança de 90% e um erro de 3,25%, o tamanho de amostra inicialmente almejado foi de 259 participantes. No entanto, devido a limitações enfrentadas no desenvolvimento da pesquisa, não foi possível alcançar o tamanho amostral inicialmente desejado, sendo entrevistadas, no total, 219 puérperas, mantendo-se 90% de confiança e um erro associado de 3%. As fórmulas utilizadas para o cálculo do tamanho da amostra e dos intervalos de confiança encontram-se em anexo (Luiz & Magnanini, 2000).

4.2. Local e Período

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (etapa 1) e na Psicoclínica Cognitiva do Rio de Janeiro (etapa 2), clínica particular da pesquisadora responsável. As entrevistas e o tratamento foram desenvolvidos no período de novembro de 2011 a novembro de 2012.

4.3 Instrumentos/Material

A seguir serão descritos os instrumentos utilizados para a coleta dos dados.

- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo– EPDS (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Instrumento de auto registro desenvolvido na Grã-Bretanha com o objetivo de identificar quadros de depressão pós-parto. É composto de 10 enunciados sendo que para cada um deles há 4 opções de resposta, pontuadas com escores de 0 a 3. A EPDS foi traduzida e validada no Brasil (Santos, Martins & Pasquali, 1999). Foi identificada como um bom instrumento para triagem da depressão pós-parto, inclusive no Sistema Único de Saúde (Figueira et al, 2009).
- Questionário de Pensamento Negativos Pós-Natais – PNQT (Hall & Papageorgiou, 2005). Questionário de 17 itens que objetiva identificar pensamentos disfuncionais em puérperas. Foi adaptado para o português e apresentou confiabilidade satisfatória (Cantilino, Zambaldi & Sougey, 2009).
- Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI. (Sheehan et al, 1998). Entrevista diagnóstica estruturada padronizada breve, composta por 19 módulos que investigam os 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno de personalidade social. No presente trabalho foram utilizadas as partes relativas aos transtornos de humor e de ansiedade. Esse instrumento foi criado como objetivo de ser utilizado na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e psiquiatria (Amorim, 2000).
- World Health Organization Quality of Life-bref – WHOQOL-bref – versão abreviada do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de

vida. É composto de 26 questões que analisam quatro domínios da qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref foi utilizado em diversos países e em diferentes grupos de pessoas (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2009).

- Questionários de Dados sobre a Puérpera – elaborado pela pesquisadora principal com o objetivo de obter dados biosociodemográficos das participantes (em anexo).

Na etapa do tratamento foram ainda aplicados:

- Inventário de Depressão de Beck (BDI –II) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) - questionários de auto relato composto por 21 itens de múltipla escolha com o objetivo de medir a intensidade dos sintomas de depressão (BDI-II) e ansiedade (BAI). Esses instrumentos foram validados no Brasil por Cunha (2001).
- Protocolo “*The Getting Ahead of Postnatal Depression*” – proposta de tratamento cognitivo-comportamental para depressão pós-parto desenvolvido na Austrália por Milgrom, Martin e Negri (1999). Teve sua eficácia comprovada em estudos anteriores (Milgrom et al, 2005; Milgrom et al, 2011). É composto por 09 sessões semanais divididas em duas fases: a primeira de intervenções comportamentais e a segunda de intervenções cognitivas. As sessões incluem psicoeducação sobre a depressão pós-parto, técnicas de manejo de tempo, relaxamento, assertividade, reestruturação cognitiva e prevenção de recaída. Embora o protocolo tenha sido originalmente desenvolvido para aplicação em grupos, os autores também admitem sua aplicação individual, flexibilizando-o de acordo com as necessidades de cada paciente. Como o material original está em língua inglesa, obteve-se a permissão de Jeanette Milgrom para que fosse traduzido e

utilizado para fins exclusivos dessa pesquisa de doutorado.

4.4 Procedimentos

Mulheres que estavam esperando a chamada para consulta de revisão do pós-parto no Ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ foram convidadas a participar do estudo, após esclarecimento dos objetivos e preenchimento dos critérios de inclusão e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes eram entrevistadas, individualmente, nos bancos do pátio da Maternidade, local onde costumavam aguardar a chamada para o atendimento médico. Foram avaliadas através do Questionário de Dados sobre a Puérpera, EPDS, MINI, PNQT e WHOQL-bref, respeitando essa ordem de aplicação dos instrumentos. O objetivo nessa etapa foi identificar a prevalência de depressão pós-parto e transtornos de ansiedade, assim como avaliar a qualidade de vida das participantes e os pensamentos negativos pós-natais que apresentavam naquele momento.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável e duas estagiárias da equipe de terapia cognitivo-comportamental, coordenada pelo professor Bernard Rangé, na Divisão de Psicologia Aplicada- UFRJ. Além do treinamento em TCC oferecido pelo prof. Rangé, a pesquisadora principal organizou reuniões de estudo com as estagiárias sobre o tema da depressão pós-parto e aplicação dos instrumentos diagnósticos. Após o início da coleta de dados, uma supervisão semanal era concedida para esclarecimento de dúvidas que pudessem estar ocorrendo durante as entrevistas e discussão dos casos que encaminhados para psicoterapia. As mães diagnosticadas com depressão maior, através do MINI e do escore maior ou igual a 10 pontos no EPDS, foram convidadas para receber o tratamento cognitivo-comportamental para depressão pós-parto. Esse ponto de corte foi escolhido a partir de

estudos anteriores feitos em amostra brasileira atendida no SUS, tendo sido identificado 86,4 de sensibilidade e 91,1 de especificidade (Figueira et al, 2009).

Devido à ausência de espaço físico disponível tanto na Maternidade Escola como na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, os atendimentos foram realizados no consultório particular da pesquisadora principal, cujo local é relativamente próximo à Maternidade Escola. O tempo de deslocamento entre a Maternidade Escola (localizada no bairro de Laranjeiras) e o consultório (no centro da cidade) foi calculado em cerca de 15 minutos de ônibus e 20 minutos de metrô, considerando o tempo de deslocamento até a estação mais próxima da Maternidade. Atendendo a diretrizes éticas, o custo do transporte das participantes era ressarcido pela pesquisadora. Essa informação era dada logo no início do convite para participação da segunda etapa da pesquisa, a fim de que este não se tornasse um impeditivo para a realização do tratamento. Também era questionado se o fato do local das sessões não ser na Maternidade Escola seria um fator problemático para as pacientes.

As sessões de psicoterapia eram conduzidas pela pesquisadora principal, psicóloga com formação em TCC e atuação clínica há mais de uma década. O tempo de duração de cada sessão era de aproximadamente 60 minutos. Antes do início de cada sessão, a paciente era avaliada através da EPDS e dos Inventários Beck de Depressão e Ansiedade, para que houvesse o monitoramento da magnitude dos sintomas. Com o término das 09 sessões de tratamento, a paciente retornava após 1 mês da última sessão para dar um retorno quanto a seu estado. Caso não tivesse ocorrido uma melhora consistente do quadro, implicando na necessidade de mais sessões de tratamento, a paciente continuava sendo atendida, por questões éticas. Para fins da pesquisa, esse dado era registrado e avaliado posteriormente em conjunto com os resultados do tratamento.

4.5. Análise Estatística

Os resultados obtidos a partir dos instrumentos foram organizados em um banco de dados onde, a partir deste, foi feita uma análise exploratória das variáveis através de gráficos e tabelas de frequência. O efeito dos diferentes fatores de exposição foi comparado, um a um, através da análise univariada, a fim de verificar se estes estavam relacionados ao desfecho (DPP). Para a análise dos dados foi utilizado o software estatístico R (R Development Core Team, 2011) e os pacotes *mass* (Venables & Ripley, 2002) e *xlsx* (Dragulescu, 2012).

O teste qui-quadrado avaliou a correlação entre as variáveis. Estas foram incluídas em um modelo de regressão logístico onde permaneceram as mais significativas, de acordo com o critério estatístico ($p < 0,05$) ou ainda se possuíssem relevância teórica. Após o ajuste do modelo, foi feito o estudo da análise dos resíduos, através de gráficos e do teste de Hosmer-Lemeshow, a fim de verificar a qualidade desse ajuste.

A análise dos dados investigou 1) a prevalência de depressão pós-parto na amostra estudada; 2) se a depressão pós-parto estava relacionada à presença de outros quadros como transtornos de ansiedade, identificando especificamente quais; 3) se a depressão pós-parto estava relacionada a uma diminuição no nível de qualidade de vida; 4) se a depressão pós-parto afetava mais significativamente algum domínio da qualidade de vida; 5) os tipos de pensamentos disfuncionais mais frequentes encontrados na amostra; 6) se existia correlação entre os pensamentos disfuncionais identificados e os níveis de depressão pós-parto, presença de outros transtornos de ansiedade e nível de qualidade de vida.

Em relação à etapa do tratamento, foi avaliado se houve melhora clinicamente significativa dos sintomas de depressão e ansiedade através da análise dos escores dos inventários aplicados em cada sessão de psicoterapia.

4.6 Aspectos Éticos

Essa pesquisa de doutorado respeitou os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, estando em concordância com as recomendações e requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas Complementares. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ através do protocolo no. 15/2011.

5. RESULTADOS

A pesquisa deu origem a dados relacionados à epidemiologia e ao tratamento cognitivo-comportamental. A seguir serão apresentados os resultados da primeira do estudo.

5.1 Dados epidemiológicos

Com o intuito de facilitar o conhecimento das características das entrevistadas, primeiramente serão apresentados os dados da amostra em sua totalidade, descrevendo fatores biosociodemográficos, a prevalência de transtornos de humor e de ansiedade, os pensamentos disfuncionais e os níveis de qualidade de vida. Em seguida, serão analisados somente os dados relativos às participantes que preencheram os critérios diagnósticos para DPP, considerando os mesmo fatores de investigação.

5.1.1 Descrição da amostra total e dados biosociodemográficos

No total, foram entrevistadas 219 puérperas. A faixa etária das participantes concentrou-se entre 25 a 30 anos, sendo a idade mínima 15 e a máxima 47 anos. Os dados sobre o estado civil, grau de escolaridade, local de moradia, atividade ocupacional e existência de outros filhos podem ser analisados na tabela 2. Em relação ao estado civil, a maioria possuía um relacionamento estável, sendo que 53,4% morava com o companheiro e 29,2% declarou ser casada. Menos da metade da amostra (42%) relatou a existência de outros filhos.

A maioria das entrevistadas possuía o ensino médio ou médio profissionalizante, tendo este sido completado (50,23%) ou não (15,53%) e exercia alguma atividade profissional (55,7%). As participantes moravam principalmente nas zonas sul e norte do município do Rio de Janeiro.

Algumas informações relativas à gestação, parto e puerpério das entrevistadas estão expostas na tabela 3. A maioria das entrevistadas não planejou sua gravidez (55,3%). Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao tipo de parto, sendo o número de partos normais e cesáreos os de 47,9% e 47,5%, respectivamente. Algum tipo de complicação no parto foi relatado por 42,5% da amostra mas a maioria (83,6%) não precisou ter seu filho internado na UTI. As médias obtidas em relação à duração das gestações das participantes e ao número de dias de vida de seus bebês no momento da entrevista foi de 38,9 semanas e 35,3 dias.

Tabela 2. Dados biosociodemográficos da amostra total

Variável	N	%
Estado civil		
Solteira	35	16.0
Casada / mora com companheiro	181	82,6
Divorciada	03	1.4
Viúva	0	0.0
Grau de Escolaridade		
Educação Infantil	02	0.91
Ensino fundamental	47	21,5
Ensino médio ou médio profissionalizante	144	65,7
Ensino superior	26	11,8
Local de Moradia		
Zona Sul	72	32.9
Zona Norte	69	31.5
Zona Oeste	17	11.9
Baixada	26	7.8
Centro	12	5.5
Outro	4	1.8
Informação faltante	19	8.7
Atividade Ocupacional		
Sim	122	55.7
Não	84	38.4
Informação faltante	13	5.9
Possui outros filhos		
Sim	92	42.0
Não	127	58.0

Tabela 3. Dados sobre a gestação, parto e puerpério da amostra total

Variável	n	%
Gestação planejada		
Sim	98	44.7
Não	121	55.3
Tipo de Parto		
Normal	105	47.9
Cesáreo	104	47.5
Fórceps	10	4.6
Ocorrência de complicação no parto		
Sim	93	42.5
Não	122	55.7
Permanência do bebê na UTI		
Sim	35	16.0
Não	183	83.6
Informação faltante	1	0.5
Grupo Total	219	100

A maioria das entrevistadas relatou que não ter tido problemas psiquiátricos anteriores (85.4%) ou conhecimento sobre esse tipo de dificuldade em sua família (75.3%), conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4. Dados sobre histórico individual e familiar de transtornos psiquiátricos da amostra total

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Histórico individual de transtornos psiquiátricos		
Sim	32	14.6
Não	187	85.4
Histórico familiar de transtornos psiquiátricos		
Sim	54	24.7
Não	165	75.3
Grupo total	219	100

5.1.1.1. Prevalência da Depressão Pós-Parto e outros transtornos do humor

Considerando os resultados da totalidade da amostra obtidos somente através do MINI, aferiu-se a prevalência de sintomas atuais de 10% para episódio depressivo maior, 3,7% de episódio depressivo com características melancólicas, 2,3% de episódio maníaco e 0,9% de distímia (tabela 5).

No que se refere ao histórico de transtornos do humor, as prevalências foram de 4,6% de episódio depressivo maior, 4,6% de episódio hipomaníaco, 4,1% de episódio maníaco. O risco de suicídio aferido foi de 7,8%, sendo 5,5% de grau leve, 0,9% moderado e 1,4% grave.

Tabela 5. Prevalência de Transtornos do Humor e risco de suicídio

Transtornos do Humor	Frequência (n)	Prevalência (%)
Episódio depressivo maior		
Atual	22	10
Atual com características melancólicas	08	3,7
Passado	10	4,6
Distímia atual	2	0,9
Episódio hipomaníaco		
Atual	0	0
Passado	10	4,6
Episódio maníaco		
Atual	5	2,3
Passado	9	4,1
Risco de suicídio		
Leve	12	5,5
Moderado	02	0,9
Grave	03	1,4
Grupo Total	219	100%

A aplicação da escala EPDS em conjunto com a entrevista diagnóstica MINI nas 219 mulheres entrevistadas identificou que 9,13% da amostra preencheu os critérios adotados pela pesquisa para depressão pós-parto (figura 1).

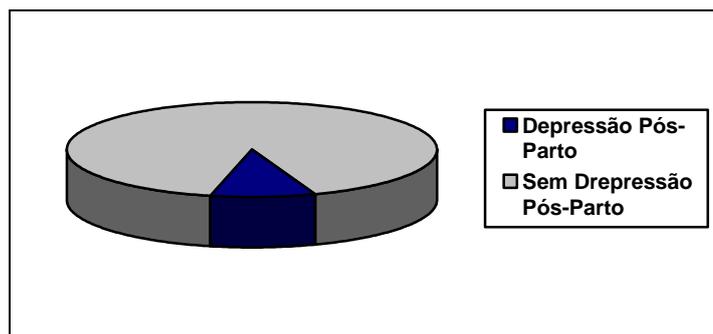


Figura 1 – Prevalência de depressão pós-parto na amostra

A fim de verificar se existiam diferenças significativas entre as prevalências resultantes da aplicação da EPDS isoladamente e quando aplicada em conjunto com uma entrevista psiquiátrica padronizada optou-se por analisar os resultados obtidos pelos dois instrumentos. Ao considerar o diagnóstico de DPP utilizando somente o MINI, obteve-se uma prevalência de 10%, bem próxima à condição elegida pela presente pesquisa como critério para identificação do desfecho. No entanto, ao considerar somente a EPDS ≥ 10 , a prevalência mais que duplicou, aumentando para 20,55%. As diferenças entre os resultados, através do cálculo dos intervalos de confiança, mostraram-se significativas, conforme descreve a tabela 6.

Tabela 6. Resultados das prevalências e intervalos de confiança de acordo com a metodologia utilizada

Metodologia	Prevalência (%)	Desvio Padrão (dp)	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
EDPS	20,55	2,73	15,20	25,90
EDPS + MINI depressão	9,13	1,95	5,32	12,95
MINI	10,05	2,03	6,06	14,03

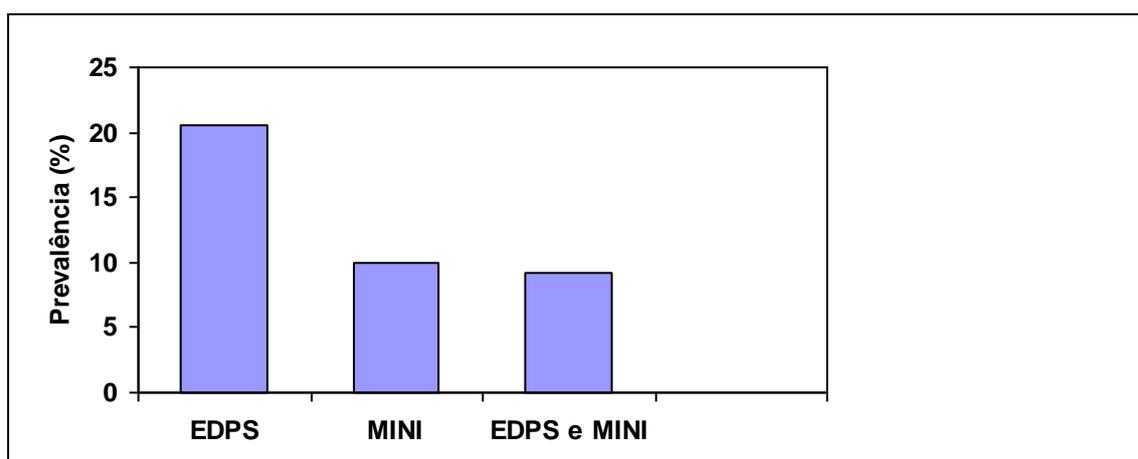


Figura 2. Prevalências de sintomas depressivos no pós-parto de acordo com o instrumento utilizado

5.1.1.2. Prevalência de Transtornos de Ansiedade

Entre os transtornos de ansiedade, a Agorafobia obteve a mais alta taxa de prevalência na amostra (11,9%) seguida do Transtorno de Ansiedade Generalizada (5,5%). O percentual de Transtorno do Pânico com agorafobia foi o mesmo obtido para casos de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (3,2%, em ambos), assim como o Transtorno do Pânico sem agorafobia e a Fobia Social (2,3%, em ambos). A condição de ansiedade de menor prevalência foi o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, afetando 1,8% das mulheres entrevistadas (tabela 7).

Tabela 7. Prevalência de Transtornos de Ansiedade na amostra total

Transtornos de Ansiedade	Frequência (n)	Prevalência (%)
Agorafobia sem história de Transtorno do Pânico	26	11,9
Transtorno de Ansiedade Generalizada	12	5,5
Transtorno do Pânico com agorafobia	7	3,2
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	7	3,2
Transtorno do Pânico sem agorafobia	5	2,3
Fobia social	5	2,3
Transtorno do Estresse Pós-Traumático	4	1,8

5.1.1.3. Prevalência de Pensamentos Negativos Pós-Natais

A análise do Questionário de Pensamentos Negativos Pós-Natais mostra que os três pensamentos mais frequentes nas mulheres entrevistadas foram “é impossível explicar como estou me sentindo” (10,5%), “eu não quero ficar sozinha com meu bebê” (7,8%), “não é normal pensar do jeito que eu penso” (5,9%). A tabela 8 mostra a frequência e prevalência de todos os pensamentos disfuncionais detectados na amostra.

Tabela 8. Frequência de pensamentos negativos pós-natais na amostra total

Pensamentos Negativos Pós-Natais	Nunca		Ocasional.		Frequent.		Quase S.	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Eu não quero ficar sozinha com meu bebê	170	77,6	24	11,0	8	3,7	17	7,8
É impossível explicar como estou me sentindo	143	65,3	44	20,1	9	4,1	23	10,5
Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê	214	97,7	4	1,8	0	0,0	1	0,5
É chato ficar com meu bebê	215	98,2	4	1,8	0	0,0	0	0,0
Não é normal pensar do jeito que eu penso	187	85,4	16	7,3	3	1,4	13	5,9
Estou presa nessa situação com meu bebê	186	84,9	18	8,2	8	3,7	7	3,2
As coisas nunca vão melhorar	198	90,4	11	5,0	4	1,8	6	2,7
Eu sou uma mãe ruim	201	91,8	14	6,4	0	0,0	4	1,8
Eu posso causar problemas emocionais para a criança	188	85,8	20	9,1	4	1,8	7	3,2
Eu não consigo cuidar do meu bebê	197	90,0	16	7,3	3	1,4	3	1,4
Deve haver alguma coisa errada comigo	183	83,6	17	7,8	7	3,2	12	5,5
Minha situação está completamente fora do controle	200	91,3	11	5,0	2	0,9	6	2,7
Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca	198	90,4	11	5,0	4	1,8	6	2,7
Eu não deveria ter pensado em ter o bebê	201	91,8	14	6,4	0	0,0	4	1,8
Meus pensamentos negativos são incontroláveis	188	85,8	20	9,1	4	1,8	7	3,2
Sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre meu bebê	197	90,0	16	7,3	3	1,4	3	1,4
Se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, consequências sérias poderiam acontecer	183	83,6	17	7,8	7	3,2	12	5,5

Ocasional. = ocasionalmente; frequent.= frequentemente; quase s.=quase sempre

5.1.1.4. Qualidade de Vida

Os dados relativos à qualidade de vida da amostra total estão dispostos na tabela 9. Os escores gerais de qualidade de vida das entrevistadas concentraram-se entre os valores de 70 a 90% e mediana 75,0 o que indica satisfação acima da média. De todos os domínios, o físico foi o que mostrou concentração mais baixa de escores (entre 40 e 70%; mediana 53,6),

seguido do ambiental (60 e 70%; mediana 65,83), psicológico (60 e 80%; mediana 66,7) e social (70 e 100%; mediana 75,0).

Tabela 9. Valores relacionados à qualidade de vida da amostra total

Domínios	Mínimo	Média	Mediana	Máximo
Geral	25,00	76,22	75,00	100,00
Físico	14,3	52,0	53,6	78,6
Psicológico	33,3	66,2	66,7	91,7
Relações sociais	16,7	77,1	75,0	100,0
Meio ambiente	21,88	64,27	65,83	100,0

5.1.2. Amostra Diagnosticada com Depressão Pós-Parto e Fatores Associados

A seguir serão apresentados os resultados da análise estatística feita entre a prevalência da DPP e as outras variáveis investigadas pelo estudo, a fim de verificar associações significativas.

5.1.2.1. Associação entre Depressão Pós-Parto e Dados Biosociodemográficos

A DPP foi associada ao histórico individual de transtorno psiquiátrico, considerando $p < 10\%$ (estimativa 2,3; desvio padrão 0,5; z 4,6 e p -valor $3.7e-06$).

Não houve associação significativa entre a DPP e o estado civil, nível de escolaridade, local de moradia, atividade ocupacional, existência de outros filhos, planejamento da gestação, tipo de parto, ocorrência de complicação no parto ou permanência do bebê na UTI.

5.1.2.2. Associação entre Depressão Pós-Parto e outros Transtornos do humor

Através do cálculo a partir do teste qui-quadrado e p-valor $<0,05$, a DPP foi associada significativamente à presença de episódio depressivo passado, episódio depressivo maior com características melancólicas atual e episódio hipomaníaco e maníaco, ambos passados (tabela 10).

Tabela 10. Análise estatística da associação entre a depressão pós-parto e os transtornos do humor

Variáveis	Qui-Quadrado	P-valor
Episódio depressivo maior passado	62,45	0,0004
Episódio depressivo maior com características melancólicas	42,73	0,0004
Risco de suicídio atual leve	0,82	0,606
Risco de suicídio atual moderado	3,98	0,173
Episódio hipomaníaco passado	5,36	0,049
Episódio maníaco passado	6,47	0,037

As variáveis episódio depressivo maior atual, distímia atual, risco de suicídio elevado, episódio hipomaníaco atual e episódio maníaco atual não foram representativas (menos de cinco sujeitos em cada categoria) para o cálculo do teste. Por esse motivo não estão descritas na tabela.

5.1.2.3. Associação entre Depressão Pós-Parto e os Transtornos de Ansiedade

Não foi houve associação significativa entre a presença de DPP e transtorno do pânico sem agorafobia, agorafobia sem história de transtorno do pânico e fobia social, conforme mostra a tabela 11. As variáveis transtorno do pânico com agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade generalizada não foram representativas para o cálculo do teste.

Tabela 11. Análise estatística da associação entre a depressão pós-parto e os transtornos de ansiedade

Variáveis	Qui-quadrado	P-valor
Transtorno do Pânico sem agorafobia atual	5,75	0,066
Agorafobia sem história de transtorno do pânico atual	3,49	0,079
Fobia social atual	5,75	0,081

5.1.2.4. Associação entre Depressão Pós-Parto e Pensamentos Negativos Pós-Natais

A análise dos resultados obtidos pelo Questionário de Pensamentos Negativos Pós-Natais na amostra diagnosticada com DPP revelou uma a associação significativa entre alguns itens e o desfecho principal estudado. Os pensamentos “é impossível explicar como estou me sentindo”, “não é normal pensar do jeito que eu penso”, “estou presa nessa situação com meu bebê”, “deve haver alguma coisa errada comigo” e “se eu contar meus problemas para os outros vão pensar que estou louca” tiveram associação positiva através do teste do qui-quadrado e cálculo do valor de p, conforme mostra a tabela 12.

Algumas variáveis não tiveram frequência de resposta suficiente para o cálculo do teste qui-quadrado: “eu não quero ficar sozinha com o meu bebê”, “é chato ficar com meu bebê”, “as coisas nunca vão melhorar”, eu posso causar problemas emocionais para a

criança”, minha situação está completamente fora de controle”, “meus pensamentos negativos são incontroláveis”, “sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o meu bebê” e “se as pessoas soubessem dos meus pensamentos e sentimentos, consequências sérias poderiam acontecer”.

Tabela 12. Análise estatística da associação entre os pensamentos negativos pós-natais e a depressão pós-parto

Variáveis	Qui-quadrado	P-valor
É impossível explicar como estou me sentindo	69,95	0,0004
Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebê	1,33	0,385
Não é normal pensar do jeito que eu penso	42,19	0,0004
Estou presa nessa situação com meu bebê	36,45	0,0004
Eu sou uma mãe ruim	8,26	0,0414
Eu não consigo cuidar do meu bebê	12,48	0,0469
Deve haver alguma coisa errada comigo	99,16	0,0004
Se eu contar os meus problemas para os outros, vão pensar que estou louca	49,12	0,0004
Eu não deveria ter pensado em ter o bebê	16,39	0,0006

5.1.2.5 Associação entre Depressão Pós-Parto e Qualidade de Vida

Quando as variáveis foram comparadas uma a uma em relação ao desfecho, através da modelagem univariada, obteve-se a associação da DPP com uma diminuição dos escores gerais da qualidade de vida e nos domínios psicológico e meio ambiente (tabela 13).

Tabela 13. Análise estatística da associação entre depressão pós-parto e qualidade de vida

Variáveis	Estimativa	Desvio-padrão	z	p-valor
Qualidade de vida geral	-0.05622	0.01725	-3.259	0.00112 **
Domínio Psicológico	-0.08039	0.02354	-3.415	0,0000064***
Domínio social	-0.02311	0.01301	-1.777	0.0756
Domínio Meio ambiente	-0.04174	0.01771	-2.357	0.0184 *

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

A análise multivariada analisou a significância das variáveis em relação à DPP, quando consideradas em conjunto. A diminuição do domínio psicológico passou a ser significativa na presença do histórico de transtorno psiquiátrico.

Os cálculos das razões de chances (*odd ratios*) entre essas duas variáveis é mostrado na tabela 14. Foi identificado que para cada aumento de uma unidade no escore do segundo domínio do WHOQOL, houve uma redução de 6,29% na chance da paciente ter depressão pós parto, estando o efeito da variável histórico de transtorno psiquiátrico controlado. Isso significa que o domínio psicológico do WHOQOL foi considerado uma variável de proteção, onde a melhora do escore foi relacionada uma diminuição do risco de depressão pós-parto.

A paciente que relatou histórico de transtorno psiquiátrico possuiu 625% a mais de chance de ter depressão pós-parto em relação as que não disseram ter, controlando o efeito do segundo domínio do WHOQOL. Isso significa que o relato da presença anterior de problemas psiquiátricos funcionou como uma variável de risco, aumentando a chance de ter DPP associada.

Tabela 14. Cálculo das razões de chances

Variável	Coefficiente	Odds Ratio	Limite Inferior IC	Limite Superior IC
Histórico de transtorno psiquiátrico	1.98122	7.251585	2.366132	22.22424
Domínio psicológico do WHOQOL	-0.06497	0.9370956	0.8930546	0.9833085

5.2. Aplicação do protocolo de Terapia cognitivo-comportamental

Das 20 participantes identificadas com DPP, somente uma cumpriu todo protocolo de tratamento utilizando a terapia cognitivo-comportamental.

A maioria das mulheres convidadas não compareceu para o início das sessões de psicoterapia, apesar de terem agendado e confirmado seus atendimentos. Algumas das dificuldades enfrentadas na realização dessa etapa da pesquisa serão descritas a seguir. A forma detalhada tem o objetivo de fornecer dados a fim de esboçar algumas hipóteses para a não-adesão ao tratamento.

Quando a paciente faltava ao primeiro encontro, um novo contato telefônico era feito para verificar o motivo de sua falta. A maioria relatava problemas como não ter com quem deixar o bebê ou o fato do mesmo estar doente. Nessa ligação, era oferecida a possibilidade de agendar uma nova data, caso desejassem. Todas as mães nessa condição pediram o reagendamento mas, ainda assim, a maioria não compareceu para o início das sessões. Duas mães informaram que já estavam recebendo tratamento perto de suas residências e outra alegou que não conseguia sair de casa por problemas que pareciam corresponder ao quadro de agorafobia. Outra participante disse que não poderia fazer a terapia em decorrência de seu retorno ao trabalho. Esclareceu que por ser autônoma (diarista), não tinha direito ao auxílio

financeiro concedido pela licença maternidade, o que fez com que voltasse rapidamente as suas atividades ocupacionais. É importante ressaltar que a chamada das mulheres para o tratamento procurava ser feita de forma mais breve possível, acontecendo entre uma semana a no máximo 1 mês após a avaliação feita na Maternidade Escola.

Uma das mães fez as cinco primeiras sessões e vinha apresentando progresso significativo na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade, avaliados quantitativamente através dos Inventários Beck e qualitativamente pela terapeuta. No entanto, após a quinta sessão não compareceu mais ao tratamento. Ao longo de duas semanas foram feitas várias ligações telefônicas para os dois números que a paciente havia deixado mas estes emitiam mensagem de que o telefone estava impossibilitado de receber chamadas. Cerca de dois meses depois foi feita outra tentativa de contato, mostrando-se finalmente bem sucedida. A paciente relatou que perdeu o celular onde estavam registrados os contatos telefônicos da psicóloga. Imaginou que tivesse perdido a oportunidade de continuar o tratamento por não ter mais comparecido, desistindo de procurar ajuda. Nesse contato, a paciente perguntou se não haveria possibilidade de voltar ao tratamento psicoterápico. Uma nova consulta foi marcada a fim de obter *feedback* sobre as sessões feitas e oferecer encaminhamento para atendimento psicológico caso necessário. No entanto, mesmo nessa nova data, a paciente mais uma vez não compareceu.

Somente uma mãe completou as nove sessões do protocolo de TCC, que serão descritas a seguir.

5.2.1. Caso clínico

Ana (nome fictício), 38 anos, autônoma, aceitou o convite de tratamento pela equipe com interesse. Além do bebê recém-nascido (3 meses), Ana possuía uma filha mais velha (9 anos) e dois gêmeos, de 3 anos. Morava com seus filhos em uma casa de um quarto em uma comunidade na zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Trabalhava como manicure em um salão de beleza. As três gestações foram frutos de relacionamentos com homens diferentes e isso era dito com tristeza por Ana.

A paciente possuía uma origem humilde. Sua mãe veio do nordeste e criou seus filhos sozinha, sempre ensinando às crianças a importância do trabalho e da honestidade, segundo o relato da paciente. Ana descreveu sua mãe como uma pessoa muito nervosa e que provavelmente tinha “problemas psiquiátricos sérios, talvez esquizofrenia”. Ela podia contar ocasionalmente com a mãe para lhe ajudar com os filhos pois esta dizia que não tinha paciência com crianças. A paciente não teve contato com seu pai, pois este saiu de casa quando era bem pequena e nunca mais o viu.

Primeira sessão

Ana compareceu pontualmente com seu bebê. No contato telefônico, havia perguntado se era possível levá-lo pois do contrário não poderia frequentar o tratamento, já que não tinha com que deixar a criança. Havia conseguido se organizar para que sua mãe ficasse tomando conta da filha mais velha e sua irmã dos gêmeos.

Apresentou-se com boa aparência e trazia seu bebê bem cuidado. No entanto, carregava seu filho como se fosse um boneco, colocando-o no sofá de qualquer maneira e amamentando-o de forma bastante mecânica. Era pouco responsiva às tentativas de contato feitas pelo bebê, que se apresentou tranquilo e não chorou durante toda sessão.

Relatava estar “muito nervosa, sem paciência nenhuma” e muito desesperançosa. Sentia-se presa por estar com um bebê pequeno que a impedia de trabalhar e fazia com que precisasse de outras pessoas para ajudá-la. Disse não suportar mais essa situação pois denominava-se como alguém muito batalhadora e independente.

Contou que estava sendo muito agressiva com a filha mais velha, tendo batido várias vezes na menina pois não estava mais suportando a sua presença. Relatava que antes da gravidez do seu atual bebê adorava a filha mas que, após o último parto, havia desenvolvido sentimentos hostis pela menina. Ana não entendia o que tinha acontecido mas descrevia que o sentimento era muito forte.

A paciente descreveu situações onde seus comportamentos oscilavam entre a passividade e agressividade, demonstrando dificuldade em ser assertiva. Isso aumentava ainda mais sua angústia pois quando não expressava seus pensamentos e sentimentos tinha crises de choro e explosões de raiva em seguida. E quando era agressiva, gerava problemas com as pessoas de seu convívio, dificultando as relações sociais.

A terapeuta procurou explorar os pensamentos da paciente sobre sua gestação, parto e puerpério. Ana relatou ter tido depressão nas outras gestações mas não chegou a fazer nenhum tratamento. Acreditava que por esse motivo sua experiência tinha sido mais difícil do que a das outras mulheres. Na gestação anterior, o pai dos gemelares pediu para que Ana fizesse um aborto pois do contrário terminaria o relacionamento. A paciente optou por ter seus filhos devido a seus princípios ético-religiosos. As três gestações foram frutos de 3 relacionamentos diferentes, situação que a envergonhava por acreditar que isto representava uma evidência de sua incompetência com os homens. Pensava que era burra por ter engravidado. Quando perguntada sobre o uso de anticoncepcionais, ela disse que fazia uso mas que nessa última vez a camisinha tinha estourado.

Ana relatou pensamentos sobre suicídio. Imaginou mandar seus três filhos mais velhos para as casas dos pais, trancar a casa e ligar o gás para morrer intoxicada junto com o bebê. Esses pensamentos atormentavam muito seu dia-a-dia, o que a fez procurar auxílio espiritual por recomendação de uma vizinha. Ela falou que chegou a procurar esse tipo de ajuda mas que os pensamentos retornaram, o que lhe deu grande sentimento de desesperança. Apesar da ideação, não havia feito nenhuma tentativa de suicídio até aquele momento.

Nessa primeira sessão um dos objetivos foi propiciar o acolhimento da paciente pois sentia-se perdida, confusa e exausta. Foi explicado a ela o que era a depressão pós-parto segundo o modelo biopsicossocial, quais eram seus sintomas e como parte de suas dificuldades estava relacionada a essa condição, e não pelo fato de ser uma mãe má, com pouco zelo ou estar possuída por uma força espiritual maléfica.

Foram fornecidas também explicações sobre o tratamento, como número de sessões, importância da frequência e das tarefas de casa. Foi investigado como ela tinha se organizado para estar na psicoterapia em relação a seus afazeres, outros filhos e cuidados com o bebê. Estratégias adequadas foram reforçadas e outras foram elaboradas em conjunto com a terapeuta, a fim de que a paciente pudesse se organizar da melhor forma, dentro de sua realidade. para que não perdesse as sessões do tratamento.

Devido à existência de pensamentos sobre suicídio foi priorizado discuti-los já no primeiro encontro. A ideação suicida estava relacionada à desesperança típica do quadro de depressão maior. Isto poderia comprometer o tratamento pois além de ameaçar a existência da paciente, dificultava a adesão à terapia. Foram utilizadas as estratégias descritas por Wright, Sudak, Turkington & Thase (2012) para enfrentamento da ideação suicida. A terapeuta procurou oferecer algum sentimento de esperança em relação ao futuro através da relação terapêutica (ainda que a mesma estivesse sendo iniciada), discutir a ideia de que um dia os

problemas iriam melhorar (ainda que fosse somente o fato de seu bebê crescer e ficar mais independente, que lhe daria mais liberdade), identificar motivos específicos pelos quais valesse a pena viver e oferecer uma proposta de tratamento voltada especificamente para seu problema. Ana concordou em assumir o compromisso de não fazer nada contra a própria vida e a de seus filhos, pelo menos até a próxima sessão.

Foi solicitado como tarefa de casa o monitoramento do humor através de um diário, onde a paciente poderia registrar suas atividades, classificando seu nível de prazer e desprazer durante suas tarefas do cotidiano.

Segunda sessão

Ana iniciou a sessão relatando o quanto havia ficado aliviada após o primeiro encontro com a terapeuta. Disse que jamais imaginaria que sua irritabilidade poderia estar associada a sua depressão pois acreditava que estar deprimida tinha a ver somente com tristeza. Disse que o fato de ter estar um pouco mais esperançosa e tranquila havia feito com a semana transcorresse melhor.

A paciente apresentou sua tarefa de casa feita e relatou piora do humor na hora das refeições, momento em que tinha que preparar a comida, dar a seus três filhos e amamentar o bebê. Em relação aos seus próprios momentos de prazer, Ana percebeu que a única situação em que descansava era após o almoço, quando colocava as crianças para dormir e que, por estar exausta, acabava dormindo também. Foram discutidas outras atividades prazerosas que poderiam ser incluídas em seu cotidiano, como escutar uma música, telefonar para uma amiga e deixar os filhos com alguém, nem que fosse por um curto período de tempo, para que pudesse fazer algo exclusivamente para ela. Ana ficou de pensar sobre essas alternativas e testar pelo menos uma das opções, dando retorno sobre o resultado na sessão seguinte.

Terceira sessão

Nessa sessão, a paciente apresentou-se mais desanimada do que na semana anterior. Disse que tinha tentado deixar o bebê com sua irmã para dar um passeio mas pouco tempo depois recebeu uma ligação, dizendo que seu filho não estava aceitando a mamadeira de nenhuma forma e que estava chorando de fome. Ela largou tudo o que estava fazendo e retornou rapidamente para pegar a criança e voltar para casa. O pensamento automático “estou presa nessa situação” retornou a sua mente com muita intensidade, deixando-a triste e desesperançosa. Relatou que nesse dia brigou muito com a filha ao chegar em casa, pelo fato da mesma não ter guardado seus sapatos conforme havia pedido: “bati tanto nela, mas tanto que não queria parar de bater nunca mais. Aí eu me dei conta do que estava fazendo e larguei o chinelo e chorei desesperadamente”. Ana também relatou grande irritabilidade em relação ao choro do bebê, tendo apertado seu pescoço por alguns segundos. Nesse momento, Ana chorou muito na sessão, dizendo-se arrependida.

A terapeuta acolheu a paciente e investigou os pensamentos automáticos que tinha a respeito da filha. Estes foram: “ela não me ajuda em nada”, “ela faz de tudo para me irritar”, “nunca tive uma mãe atenciosa como eu sou para minha filha e, ainda assim, ela não reconhece”. A terapeuta procurou explorar como era o relacionamento mãe- filha antes do nascimento dos meninos. Nas palavras da paciente: “antes do nascimento dos gêmeos eu e minha filha fazíamos tudo juntas, íamos ao mercado, ao parque, à praia. Ela era minha melhor amiga. Quando as crianças nasceram eu não tinha mais tempo e quando ela me pedia para sair eu ficava com raiva e achava que estava me atrapalhando. Isso piorou com a chegada do meu último filho. E acho que agora ela tem a obrigação de me ajudar mas ela só fica me enfrentando”. Alguns comportamentos da filha pioravam a situação. Ana relatou que uma vez escutou da menina: “ué, está cansada? Quem mandou ter esse monte de filho? Eu que não pedi para nascer”. Ela contou que mesmo acreditando que a fala de sua filha pudesse ser uma

reprodução dos comentários de adultos, não conseguiu se controlar e, em seguida, deu um tapa na cara de sua filha.

Utilizando o modelo cognitivo, a terapeuta construiu uma cadeia “situação-pensamentos-sentimentos-comportamentos” em conjunto com a paciente para tentar ajudá-la a entender melhor o que estava acontecendo (quadro 4). Após a análise desta cadeia, foi possível compreender que a explosão de agressividade de Ana tinha sido mediada por pensamentos disfuncionais que dispararam um intenso sentimento de raiva e frustração.

Após Ana ter contado outros momentos de sua relação com a filha no passado e no presente, a terapeuta formulou a hipótese de que a filha mais velha deveria estar se sentindo excluída com a chegada dos irmãos e estava emitindo comportamentos, ainda que inadequados, para tentar obter a atenção que tinha da mãe no passado. A terapeuta procurou dar essa devolução à Ana e convidou a mesma a tentar verificar como seria o comportamento da menina se modificasse seu modo de agir a suas provocações e birras. Foram dadas algumas explicações para a paciente sobre técnicas mais eficazes de modificação do comportamento infantil do que o uso de violência (Clark, 2009). Além disso, foi sugerido que Ana tentasse dar um pouco mais de atenção à filha. A estratégia era incluir a menina na rotina da casa através de pedidos de colaboração, destacando sua importância como a “ajudante número 1” da mãe e expressando mais afetos positivos. Foi proposto que Ana deixasse a filha escolher as roupas do bebê (entre três opções consideradas previamente adequadas), ajudar a dar banho e outras tarefas que poderiam divididas com uma criança de 9 anos. Houve um planejamento também de como a paciente poderia dedicar um pouco de seu tempo para sua filha. Ficou decidido que tentaria se organizar para levá-la para tomar sorvete ou ir na pracinha, atividades que antes faziam juntas.

Quadro 4. Exemplos de pensamentos, sentimentos e comportamentos de Ana

Situações	Sentimentos	Pensamentos Automáticos	Comportamentos
Receber uma ligação da irmã, nervosa, dizendo que deveria voltar do passeio pois o bebê não estava aceitando a mamadeira	Raiva 80% Frustração 100% Tristeza 60%	“Estou presa nessa situação para sempre” “Não posso ter um minuto para mim” “Minha vida virou um inferno”	Volta para casa e ao ver que a filha não tinha guardado seus sapatos começa a bater descontroladamente na criança
Escutar da filha: “Está cansada? Quem mandou ter um monte de filhos?”	Raiva 100% Tristeza 90%	“Até minha filha me julga” “Ela tem razão”. “Sou burra e incompetente”	Arremessa o chinelo na filha. Isolamento

Na tentativa de seguir o protocolo proposto por Milgrom, inicialmente essa terceira sessão teria sido dedicada ao ensino de técnicas para desenvolvimento da habilidade de relaxamento. No entanto, como a paciente apresentou-se muito frustrada com os acontecimentos da semana, a terapeuta decidiu flexibilizar o protocolo, atitude incentivada pelos autores do instrumento no caso de atendimento em formato individual.

Quarta sessão

Ana iniciou a sessão apresentando-se bastante animada. Disse que aos poucos estava conseguindo mudar seu comportamento. Contou que estava conversando mais com sua filha e procurando não reagir às suas provocações. Segundo seu relato: “reparei que eu não pedia. Eu mandava, gritava”. Em resposta, a menina estava menos agressiva, ainda que desconfiada, falando para a mãe que ela estava “diferente”. Ana havia a levado para tomar sorvete mas não tinha conseguido ir à pracinha. A paciente relatou que mais do que o reconhecimento da filha estava orgulhosa de si mesma, por estar conseguindo assumir mais o controle da situação e não ser tão explosiva. Como consequência, sentia-se menos culpada. Os pensamentos de

suicídio não tinham acontecido nessa semana e de acordo com a sua fala: “acho realmente que as coisas algum dia podem voltar aos eixos”. Ana também apresentou-se mais amorosa com o bebê, com quem sempre vinha nas sessões, demonstrando maior preocupação com seu bem-estar.

Nessa sessão foi ensinada a técnica do relaxamento muscular progressivo de Jacobson, iniciando um treino para que a paciente conseguisse distinguir os momentos em que seu corpo estivesse tenso e relaxado. O treino diário foi prescrito como tarefa de casa.

Quinta sessão

Ana relatou ter conseguido fazer o treino três vezes na semana, o que dentro de sua realidade foi considerado um ganho. Quis discutir um assunto que percebia estar alterando seu humor. Sentia-se mal ao escutar comentários de outras pessoas sobre o fato de seu namorado não estar morando com ela. Este havia se ausentando para cuidar de seu pai doente, em uma cidade no Nordeste. Nessa situação, a terapeuta optou por utilizar duas técnicas da terapia cognitivo-comportamental que já estavam previstas no protocolo para DPP: reestruturação cognitiva e introdução do treino em assertividade.

Foram dadas explicações à paciente sobre o que caracterizava o comportamento assertivo, diferenciando-o dos comportamentos passivo e agressivo. Foi feito também um *role-play* para que a paciente pudesse exercitar sua nova técnica de habilidade social. Um dos momentos ensaiados foi a situação em que sua cunhada dizia um comentário maldoso sobre a ausência do namorado.

A assertividade também foi associada ao direito de pedir ajuda em relação aos cuidados com o bebê. Ana acreditava que era melhor não falar com sua família sobre como se sentia e o que gostaria que fizessem para ajudá-la com as crianças. Ela tinha tanto medo de

receber uma negativa que se mantinha calada mas, com o passar do tempo, começava a ser agressiva justamente com quem esperava obter suporte.

A técnica do registro de pensamentos disfuncionais (RPD) foi utilizada como ferramenta para a reestruturação cognitiva. Nesse ponto do tratamento, o modelo cognitivo já havia sido apresentado e a paciente já começava a prestar mais atenção em como seus pensamentos influenciavam seu humor. A terapeuta construiu um RPD em conjunto com Ana durante a quinta sessão e pediu para que o preenchesse com eventuais pensamentos que alterassem seu humor durante a semana.

Quadro 5. Exemplo de Registro de Pensamentos Disfuncionais de Ana

Situação	Pensamentos Automáticos	Sentimentos	Evidências que apoiam o pensamento	Evidências que não apoiam o pensamento	Pensamento Racional
Minha cunhada diz que meu namorado está me enganando e nunca mais vai voltar para o Rio	<p>“Estou sendo enganada”</p> <p>“Ele vai me abandonar”</p> <p>“Vou ficar sozinha com meus filhos mais uma vez”</p> <p>“Isso sempre acontece comigo”</p>	<p>Tristeza 60%</p> <p>Medo 80%</p> <p>Angústia 70%</p>	<p>“A irmã dele disse isso e ela o conhece bem”</p> <p>“Ele disse que ficaria por um mês e agora já fala que não tem mais previsão para voltar”</p> <p>“Tenho quase 40 anos não tenho um relacionamento estável”</p>	<p>“A irmã dele já me contou algumas mentiras. Meu namorado disse que ela tem ciúmes de mim”</p> <p>“Ele me liga todos os dias, é carinhoso e manda sempre dinheiro para nosso filho”</p> <p>“Fui eu quem quis terminar outros relacionamentos”</p> <p>“Estou com ele há 1 ano”</p>	<p>“Embora tenha escutado coisas ruins da irmã dele, ela não me parece alguém confiável”.</p> <p>“Apesar dele estar mais tempo fora do que o previsto ele sempre se mostra presente”</p> <p>“Embora não estejamos na mesma cidade, estou em um relacionamento estável há 1 ano e eu mesma termino s namoros quando acho que não são bons pra mim”.</p>

Sexta sessão

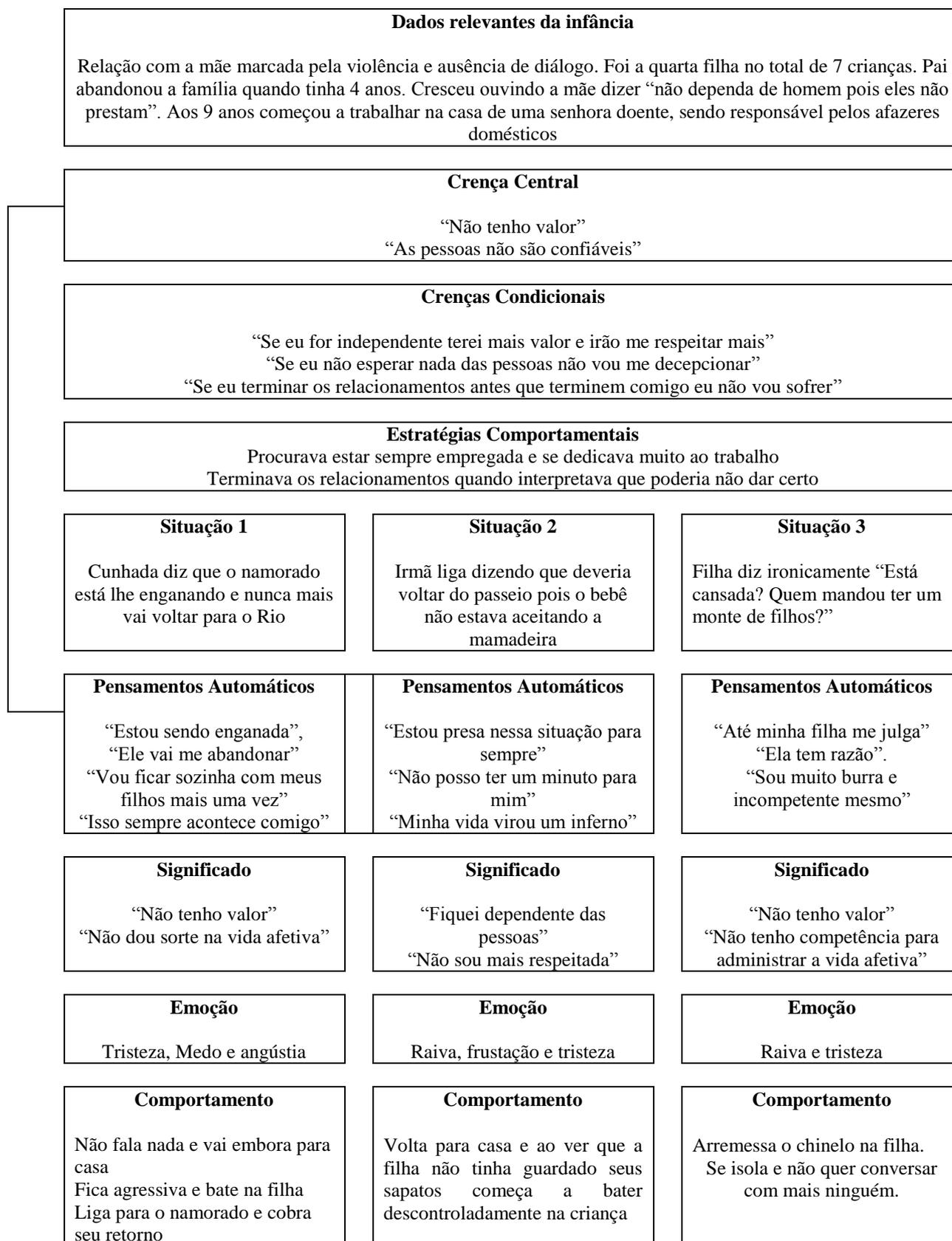
Após quinze dias, ausência que foi justificada por contato telefônico, Ana apresentou-se com aparência cansada. Disse que um dos gêmeos tinha tido uma virose e que, em consequência, todos os outros filhos ficaram doentes. A terapeuta observou que Ana estava fanhosa e de casaco, vestimenta incompatível com a temperatura do dia. Quando questionada se estava se sentindo bem, ela respondeu: “não sei... acho que não...acho que estou com febre....mas não dá tempo para eu ficar doente”. Esse pensamento foi explorado durante a sessão pois demonstrava que a paciente não estava sendo assertiva e se vendo como um ser humano merecedor de cuidados.

Na revisão das tarefas de casa, Ana relatou que não havia conseguido completar o registro de pensamentos disfuncionais, tendo parado na coluna “evidências que não apoiam os pensamentos”. A prática clínica mostra que isso acontece também com outros pacientes. A ativação da crença central torna o pensamento mais rígido, dificultando o rastreamento de evidências que não apoiam aquilo que é considerado pela pessoa uma verdade absoluta. Junto com a terapeuta Ana deu continuidade ao registro.

Em seguida, a terapeuta fez com Ana um diagrama de conceituação cognitiva a partir das situações e cognições que havia apresentado na terapia (quadro 6). Foi discutido sobre sua família de origem e como as crenças que havia construído ao longo da vida influenciavam o modo como lidava com a maternidade e os eventos cotidianos.

O objetivo dessa técnica era unir a experiência da paciente com a teoria e técnica a TCC e diminuir seu sofrimento, na medida em que pudesse compreender seus problemas de forma mais objetiva e coerente com as crenças e estratégias desenvolvidas por ela ao longo da vida. Essa técnica, também chamada de conceitualização de caso, colabora com o engajamento do paciente na terapia (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010).

Quadro 6. Diagrama de conceituação cognitiva



Sétima sessão

Ana relatou ter pensado muito sobre o exercício da sessão anterior (*diagrama de conceituação cognitiva*) e tinha entendido melhor alguns momentos da sua vida. Em relação ao comportamento assertivo, Ana contou que ao sair da última sessão resolveu ir direto a uma Unidade de Pronto Atendimento. Nesse local, verificou que estava com 38,5 de febre. Isso a fez pensar sobre como não se priorizava e o quanto era difícil equilibrar o cuidado com os filhos e consigo mesma.

Teve oportunidade para exercer seu comportamento assertivo também com sua cunhada, quando esta novamente comentou sobre a ausência de seu namorado. Apresentou-se feliz por, nas palavras dela, “ter falado alguma coisa mas sem criar confusão”. O relacionamento com a filha também estava melhorando pouco a pouco, o que era trazido pela paciente com muito orgulho. A terapeuta percebeu que essa mudança estava sendo interpretada como uma vitória e ajudava a aumentar seu senso de auto eficácia e esperança em relação ao futuro.

A paciente começava a trazer pensamentos positivos mas, principalmente, mais adequados à realidade como “estou vendo que essa situação com o João (*bebê*) está difícil mas não é para sempre. Está sendo mais legal cuidar dele agora....ele está muito esperto!”. Ana agora parecia olhar mais para seu filho e estar mais relaxada.

Ela quis discutir sobre seu retorno ao trabalho. Disse que tinha tido a ideia de ligar para algumas ex-clientes e oferecer o serviço de manicure em casa. A terapeuta fez em conjunto com Ana um plano de ação, através do qual se definem os objetivos a serem alcançados, os possíveis obstáculos a serem enfrentados e as estratégias úteis para driblá-los (Greenberger & Padesky, 1999). Foi ensinada também a técnica de resolução de problemas como ferramenta para esse processo. Um dos obstáculos identificados foi com quem deixar as

crianças. Foi definido que Ana discutiria com a irmã a possibilidade desta ficar com os gêmeos no período em que fosse trabalhar, oferecendo em troca um pagamento simbólico. Também planejou disponibilizar horários para as clientes somente no período da manhã, momento em que sua filha estivesse na escola.

Oitava sessão

Ana iniciou a sessão dizendo que havia marcado duas clientes para aquela semana e que estava feliz pois as mesmas disseram estar sentindo falta de seus serviços. Contou, orgulhosa, que acreditava ser competente e que sempre “corria atrás”, mantendo-se atualizada através de cursos na sua área. A terapeuta observou que, aos poucos, Ana estava recuperando sua autoestima e melhorando seu estado de humor. Em relação aos pensamentos sobre suicídio, esses eram checados a cada sessão. Naquele momento do tratamento era muito raro tê-los e que quando vinham em sua mente, procurava afastá-los, utilizando uma frase escolhida por ela mesma: “isso é sintoma da depressão pós-parto, não meu desejo”.

Seguindo o protocolo, nessa sessão foi apresentado o conceito de distorções cognitivas e entregue uma lista com os vários tipos de pensamentos disfuncionais. A partir das cognições apresentadas por Ana durante o tratamento, a terapeuta solicitou que Ana levasse a lista e procurasse identificar ao longo da semana se estava cometendo outros tipos de erros em suas interpretações. Foi discutido também a proximidade do término do tratamento e a possibilidade da paciente ligar para a terapeuta se tivesse alguma dificuldade considerada importante.

Nona sessão

Essa sessão foi feita 15 dias depois, devido a uma forte chuva na cidade que fez com que a paciente não comparecesse por achar perigoso sair com o bebê. Foi feita a revisão da

tarefa de casa sobre os pensamentos disfuncionais e outras ferramentas terapêuticas aprendidas até aquele momento. Ana relatou que a terapia tinha a ajudado ver que o que sentia não era maldade, loucura ou possessão espiritual mas sim um problema que tem um nome e tratamento. Segundo seu depoimento, o relacionamento com a filha tinha melhorado e, embora ainda não o considerasse ideal, já não sentia mais raiva dela. Também disse não ver seus filhos como impeditivos e sentia que sua esperança na vida havia retornado.

Décima sessão

Um mês após o término do tratamento Ana retornou ao consultório relatando a manutenção dos ganhos obtidos com a terapia. Relatou estar feliz pois tinha recebido um convite do seu namorado para passar uma semana junto com ele e as crianças no Nordeste. Estavam, inclusive, discutindo a possibilidade de morarem todos juntos.

Os resultados apresentado pela paciente nas escalas EPDS, Inventários Beck de Depressão e Ansiedade, aplicados no início de cada sessão do tratamento, estão dispostos na tabela e na figura

Tabela 15. Escores das escalas ao longo das sessões de tratamento

Variáveis	1. sessão	2. sessão	3. sessão	4. sessão	5. sessão	6. sessão	7. sessão	8. sessão	9. sessão	10. sessão
EPDS	19	14	17	15	13	10	08	08	06	05
BDI	25	20	25	19	17	14	12	10	10	06
BAI	17	13	19	15	12	10	10	08	06	06

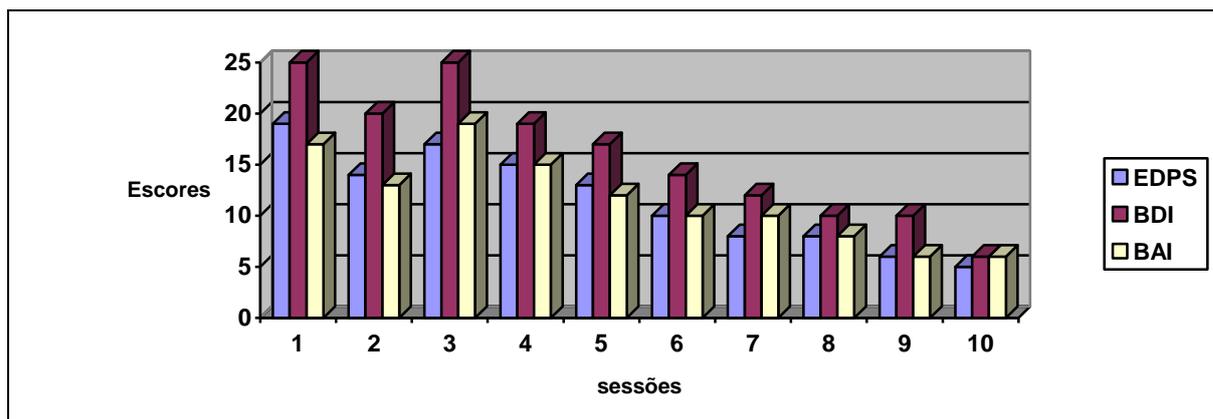


Figura 2. Gráfico dos resultados das escalas ao longo das sessões de tratamento

De modo geral, a paciente teve uma redução dos escores nas três escalas ao longo das sessões de tratamento. Observou-se uma exceção na terceira semana, quando Ana relatou ter seu passeio frustrado e brigado com a filha.

Considerando as normas brasileiras dos Inventários Beck, a paciente iniciou a terapia com sintomas depressivos e de ansiedade moderados e terminou com níveis considerados mínimos. Em relação à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, os escores sofreram uma redução de 19 (acima do ponto de corte para o rastreamento dos sintomas depressivos) para 05 pontos.

6. DISCUSSÃO

6.1. Prevalência dos Transtornos de Humor e associação com a depressão pós-parto

Os resultados obtidos pela presente pesquisa parecem corroborar para a hipótese de que a grande diversidade encontrada nas taxas de prevalência da DPP podem estar relacionadas, em algum grau, com o tipo de metodologia utilizada. Ao estimar a DPP somente com o uso da escala, o resultado alcançado (20,5%) aproximou-se de outras pesquisas conduzidas no Rio de Janeiro, cujos resultados foram 24,3% (Lobato et al, 2011) e 22,5% (Hasselman et al, 2008). Nesses dois últimos estudos o ponto de corte utilizado na EPDS foi 11/12.

No entanto, quando a DPP foi aferida através de escala e entrevista diagnóstica, a prevalência caiu de 20,5% para 9,13%. Esse último percentual se aproximou ao obtido em Recife (7%) onde também foi utilizada entrevista estruturada, no caso o SCID- I (Cantilino, 2009). A prevalência de 9,13% foi menor do que a obtida em Belo Horizonte (26,9%), onde o Mini também foi utilizando como instrumento (Figueira et al, 2009).

Um dos motivos que talvez explique essa diferença é que a EPDS, por ser uma escala, mede a sintomatologia depressiva, ou seja, a presença de sintomas de depressão mas que não necessariamente representem o diagnóstico de depressão maior, uma vez que este é composto por outros critérios. Como esclarece Spanemberg (2008), a escala pode sugerir um transtorno mas não o define.

Tendo em vista esses dados, enfatiza-se a necessidade de uma observação atenta quanto ao tipo de metodologia utilizada para estimar a prevalência da DPP, uma vez que os resultados podem apresentar variações significativas. A aplicação da EPDS é um procedimento em geral mais rápido, que não envolve a necessidade de um rigoroso

treinamento dos profissionais para sua administração, por ser uma escala de auto registro. Pode ser bastante útil para rastrear possíveis casos do transtorno mas não é suficiente para o diagnóstico. É importante incluir as entrevistas, de preferência padronizadas, junto com sua aplicação.

O relato de histórico individual de transtorno psiquiátrico apresentou-se como um fator de risco, aumentando em 625% as chances de desenvolvimento de DPP. Essa associação vai ao encontro de outros estudos citados na fundamentação teórica desse trabalho. A partir disso, talvez seja importante considerar a possibilidade de incluir perguntas sobre o histórico psiquiátrico das mães na rotina de atendimento dos serviços obstétricos. Uma vez que uma mulher apresentasse esse fator de risco, poderia ser feito um acompanhamento mais detalhado de sua saúde mental pela equipe, executando intervenções tanto de prevenção como de tratamento.

Na amostra entrevistada, a DPP foi associada significativamente ao histórico de episódios maníacos e hipomaníacos. Devido às limitações da entrevista diagnóstica utilizada, não se pode dizer ao certo se esses episódios estavam diretamente ligados ao histórico de transtorno bipolar. Mesmo assim, é importante ter atenção para esses dados. Sabe-se que mulheres com transtorno bipolar possuem um elevado risco de alterações de humor no pós-parto (Sharma et al, 2010) e que o primeiro episódio de depressão no puerpério pode corresponder à manifestação do transtorno bipolar (Azorin et al, 2012). Di Florio e colaboradores (2012) identificaram que mães com transtorno bipolar do tipo I possuíam 50% a mais de chance de ter depressão no período da gestação e do puerpério.

No momento das avaliações, não foi possível encontrar uma relação significativa entre a DPP e presença atual de episódios maníacos e hipomaníacos. Mas, por se tratar de uma pesquisa de prevalência, também não se pode assegurar que estes episódios não tenham sido desencadeados posteriormente. A associação encontrada entre os sintomas depressivos no

pós-parto e o histórico de episódio de elevação do humor aponta para a necessidade de uma investigação criteriosa do estado de humor das puérperas bem como a necessidade de acompanhá-las para que os sintomas, caso surjam, sejam tratados o mais rapidamente possível.

6.2. Prevalência dos Transtornos de Ansiedade e associação com a depressão pós-parto

A agorafobia foi o transtorno de ansiedade mais frequente entre as puérperas entrevistadas, dado que parece ser inédito ao considerar a revisão da literatura. Sua prevalência de 11,9%, independente da associação com o transtorno do pânico, foi maior do que a de TAG (5,5%), apontada em estudos anteriores como a condição de ansiedade mais comum no puerpério.

Embora não se tenha uma explicação consolidada na literatura para explicar esse dado, pode-se pensar que, para algumas puérperas, a intensa ansiedade e desconforto gerados em locais onde se considere o escape difícil ou embaraçoso pode advir, em parte, da insegurança com os cuidados do bebê. Conforme mostrado, a maioria das entrevistadas era primípara, ou seja, pela primeira vez estava enfrentando locais e situações com seu filho. No consultório particular, observa-se relato de mães, principalmente as de primeira vez, que temem sair com seus bebês, principalmente sozinhas, devido a possibilidade de ocorrência de imprevistos dos mais diversos. Alguns pensamentos como “e se o bebê começar a chorar no meio da fila do supermercado?”, “e se ele fizer cocô e não tiver onde trocar a fralda?”, “e se ele começar a passar mal?”, “e se eu quiser ir ao banheiro?”, “e se eu não conseguir voltar rápido para casa?” são exemplos de pensamentos maternos que podem ajudar a entender alguns comportamentos de esquiva.

O segundo transtorno de ansiedade mais prevalente foi o transtorno de ansiedade generalizada. O resultado obtido está condizente com a variação de 4,4% a 8,2% relatada em outros estudos (Ross & McLean, 2006). Em relação ao transtorno do pânico, se forem agrupados as condições com ou sem agorafobia, se obtém uma prevalência acima da estimada na população geral. Quanto ao TOC, o percentil de 3,2% obtido foi próximo aos 4% identificado pelo estudo de Uguz e colaboradores (2007). O TEPT foi o transtorno menos prevalente da amostra (1,8%), dado compatível a literatura internacional mas inferior ao obtido em outra na amostra de puérperas brasileiras (Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2011). E por último, o diagnóstico de fobia social foi identificado em 2,3% da amostra, valor abaixo do diagnosticado na população geral (American Psychiatric Association, 2002)

É interessante observar que diferente de outras pesquisas, tanto nacionais quanto internacionais, na amostra entrevistada não houve associação significativa entre a presença de depressão pós-parto e transtornos de ansiedade. Por ser um estudo de prevalência, onde foi feita uma investigação somente em um determinado período de tempo, com um determinado número de mães, não é possível afirmar que essa associação não exista caso seja estimada em condições diferentes.

6.3. Prevalência dos Pensamentos Negativos Pós-Natais e associação com a Depressão Pós-Parto

A análise dos pensamentos negativos pós-natais mais prevalentes parece ser uma demonstração da dificuldade enfrentada pela mãe em entender o que se passa consigo nessa condição. Pensamentos como “é impossível explicar como estou me sentindo”, “não é normal pensar do jeito que e penso”, “deve haver alguma coisa errada comigo” mostram a estranheza perante uma condição em que o imaginário social aponta como de intensa alegria e realização

pessoal. Esses três itens do questionário foram os mais prevalentes não só na amostra total das entrevistadas como também foram associados ao diagnóstico de DPP. O outro pensamento associado positivamente com o desfecho foi “estou presa nessa situação com meu bebê”. Os depoimentos coletados ao longo da pesquisa revelaram que esse pensamento gerava um sentimento de intensa angústia nas mães demonstrando a dificuldade de rastreamento de alternativas para melhorar a situação em que se encontravam. Também é um pensamento ligado a falta de esperança em relação ao futuro, típico do quadro depressivo.

O Questionário de Pensamentos Negativos Pós-Natais parece ser um recurso interessante para a terapia cognitivo-comportamental pois investiga cognições relacionadas especificamente ao período do puerpério. A possibilidade de reestruturar pensamentos distorcidos a fim de torná-los mais adaptativos à realidade pode ajudar a diminuir o sofrimento dessas mulheres.

6.4. Qualidade de Vida e Depressão Pós-Parto

De forma geral, a maioria das participantes apresentou ter uma boa percepção sobre sua qualidade de vida. Entre os domínios, o físico obteve o mais baixo escore. Esse dado pode ser explicado pela condição médica da puérpera, necessitando se reabilitar fisicamente após o parto.

Os resultados obtidos por essa pesquisa vão ao encontro de outros estudos que identificaram comprometimento dos níveis de qualidade de vida em puérperas com DPP (Da Costa et al, 2006; Rojas et al, 2006). Na amostra com depressão pós-parto, foi identificado um comprometimento na qualidade de vida geral e dos domínios meio ambiente e psicológico. A percepção negativa sobre questões como disponibilidade dos serviços de saúde, meios de transporte e lazer revela a pobreza interpretada pelas mães acerca dos recursos oferecidos pelo

meio em que vivem. Por outro lado, perguntas relacionadas ao domínio psicológico como “em que medida você acha que sua vida tem sentido?”, “o quanto você consegue se concentrar” são exemplos de percepções que normalmente aparecem distorcidas em pacientes deprimidos devido à dificuldade de concentração e ao padrão pessimista e desesperançoso típicos do quadro. O domínio psicológico do WHOQOL-bref foi considerado um fator de proteção para o diagnóstico de depressão pós-parto, onde o aumento de uma unidade no escore desse domínio correspondeu a uma redução de 6,29% de chance de ter o desfecho. Frente a isso, medidas em prol da saúde mental e qualidade de vida geral devem ser incentivadas como forma de prevenção e tratamento da DPP.

6.5. Aplicação do protocolo de terapia cognitivo-comportamental

O não-comparecimento das mães identificadas com depressão pós-parto foi um dos maiores impeditivos para a aplicação do tratamento. Embora tenha se optado por uma postura flexível em relação às datas e horários disponíveis para as sessões de psicoterapia, oferecendo ainda uma segunda possibilidade para aquelas que marcaram o atendimento e não compareceram, as participantes, em sua maioria, não foram ao consultório. Em cada ligação era questionado se o fato do local de atendimento ser outro que não a Maternidade seria um problema. Somente uma delas respondeu afirmativamente, alegando que não conseguia pegar ônibus ou metrô por ter agorafobia.

A baixa adesão ao tratamento em mulheres com DPP já foi relatada na literatura. No estudo de Cooper e colaboradores (2003) das 171 participantes diagnosticadas com DPP, apenas 41 concluíram o tratamento. Freeman e Davis (2010) pretendendo investigar a adesão e resposta a um protocolo de psicoterapia de 6 sessões identificaram que as mulheres participaram, em média, de 4,4 sessões. Aquelas que não eram casadas, não tinham emprego e

obtiveram os mais altos escores de depressão eram as que tinham mais baixa adesão ao tratamento. Nessa pesquisa, somente um pouco mais da metade dos sujeitos participou de todas as sessões do protocolo. Da mesma forma, na investigação de Cooper e colaboradores (2003) apenas 41 participantes diagnosticadas com DPP, de um total de 171, concluíram todo tratamento proposto. Na tentativa de evitar essa evasão, Ugarriza e Schmidt (2006) ofereceram uma intervenção, por telefone, de 10 sessões em TCC para DPP. Embora tenham observado melhora nas pacientes remanescentes, apenas 5 das 20 participantes que iniciaram a pesquisa chegaram a concluí-la. Entre as justificativas citadas estavam a falta de tempo e a melhora dos sintomas.

Esses dados parecem indicar que embora a eficácia do protocolo tenha sido demonstrada, outros estudos apontam para um comprometimento de sua efetividade. Os sintomas da depressão, como apatia e a desesperança, são um dos fatores que dificultam a busca e continuidade do tratamento. Além disso, a demanda imposta pelos cuidados com o bebê, fazendo com que a mulher tenha menos tempo para si própria, e o preconceito por não estar correspondendo a um mito de felicidade materna, podem ser fatores que prejudicam a adesão ao tratamento. Frente a isso, é importante investigar formas de tratamento breves e eficazes para que essas mulheres possam se recuperar do quadro depressivo.

Em relação aos resultados obtidos pelo caso clínico, foi possível observar uma melhora significativa dos sintomas de depressão pós-parto na paciente. A paciente apresentou-se bastante comprometida com a terapia, participando ativamente das sessões e fazendo as tarefas de casa solicitadas.

A duração do tratamento foi superior ao descrito pelo protocolo em grupo devido a imprevistos que teriam impossibilitado o comparecimento semanal da paciente. Optou-se por flexibilizar a ordem de apresentação das técnicas de TCC uma vez que existiram momentos em que a antecipação de determinadas ferramentas se mostrou útil para a diminuição do

sofrimento da paciente. Dessa forma, optou-se por não esperar até a semana descrita pelo protocolo original, para que o tratamento pudesse fazer mais sentido. Conforme discutido anteriormente, essa flexibilização já foi prevista pelos autores do protocolo no caso de atendimentos individuais.

O relato de Ana mostra que nem sempre a paciente com depressão pós-parto se queixa somente de seu bebê. De forma geral, o que a incomodava eram as exigências impostas pela maternidade e seu desejo de se realizar enquanto mulher e profissional. Os sintomas depressivos faziam com que seu processamento de informações fosse parcial e tendenciosamente negativo. Apresentava percepções negativas a respeito de si mesma, do mundo e do futuro típicas da depressão maior. Sua crença central “não tenho valor” dificultava esse processo na medida em que interpretava os imprevistos como evidências de uma realidade condizente com aquilo que acreditava. Os sintomas depressivos também sugavam a energia e vontade de Ana, fazendo com que sua rotina ficasse robótica e desgastante. O baixo suporte social também dificultava a situação, pois a paciente não podia contar com sua mãe e com o auxílio de uma creche que tivesse vaga para seus filhos.

A rejeição à situação da chegada de um bebê pode fazer com que as mães desejem que seus filhos “desapareçam” (p.ex. por roubo ou morte súbita) ou ainda pode ser expressa através de comportamentos agressivos, como sacudidas e tentativas de sufocamento. Se não tratadas, esses sentimentos e atitudes podem representar riscos à integridade do bebê (Brockington, 2004).

Conforme a paciente foi ensinada a compreender seus problemas através da psicoeducação sobre a DPP e as demais técnicas da terapia cognitivo-comportamental, os sintomas foram diminuindo progressivamente. A esperança em relação ao futuro foi aumentando, a ponto de propiciar um planejamento sobre seu retorno às atividades

profissionais. Na sessão de *follow-up* foi observado a manutenção dos ganhos obtidos com o processo terapêutico.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresentou algumas limitações. Por se tratar de uma pesquisa de prevalência, os resultados apresentados correspondem a uma estimativa de uma certa população (puérperas que estavam aguardando consultas de revisão do pós-parto na ME-UFRJ) em um dado momento (novembro de 2011 a novembro de 2012). Isso significa que não podem ser generalizados independente do contexto em que foi feito. O estudo também não pode ser considerado como uma estimativa da prevalência da depressão pós-parto na cidade do Rio de Janeiro, pois para isso teria que envolver um número bem maior de participantes e instituições de saúde, escolhidos de forma aleatória.

Em relação ao tratamento cognitivo-comportamental, o estudo de caso clínico não pretendeu aferir a eficácia do protocolo, isto é, se este apresentou resultados significativos em condições operacionais controladas. O objetivo foi aferir sua efetividade, ou seja, se apresentava resultados positivos na prática clínica diária. Ainda assim, por ter sido aplicado apenas em um sujeito, os resultados são limitados, devendo ser realizadas outras pesquisas com amostras maiores.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo identificou uma prevalência de 9,13% de sintomas de depressão pós-parto nas 219 puérperas entrevistadas na Maternidade Escola, considerando a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e a entrevista diagnóstica MINI. Foi observado que ao desconsiderar a entrevista clínica MINI como instrumento diagnóstico e manter a aferição somente a partir da EPDS a prevalência subiu para 20%.

Entre os três transtornos de ansiedade mais prevalentes na amostra total estavam a agorafobia (1,9%), o Transtorno de Ansiedade Generalizada (5,5%) e o Transtorno do Pânico com agorafobia (3,2%). A depressão pós-parto não foi associada significativamente a presença de transtornos de ansiedade nesse estudo.

Os pensamentos negativos pós-natais mais frequentes na amostra diagnosticada com depressão pós-parto foram “é impossível explicar como estou me sentindo”, “não é normal pensar do jeito que eu penso”, “estou presa nessa situação com meu bebê”, “deve haver alguma coisa errada comigo” e “se eu contar meus problemas para os outros vão pensar que estou louca”.

A qualidade de vida apresentou comprometimento nas puérperas com depressão pós-parto, tanto em termos gerais como nos domínios psicológico e meio ambiente. O domínio psicológico se apresentou como um fator de proteção para a depressão pós-parto.

As pacientes que relataram histórico de transtorno psiquiátrico tiveram 625% a mais de chance de ter o diagnóstico de depressão pós-parto em relação as que não disseram ter. A depressão pós-parto também foi associada significativamente ao relato de episódios maníacos e hipomaníacos no passado.

Houve dificuldades em conseguir que as mães diagnosticadas com DPP comparecessem para o início do tratamento cognitivo-comportamental. Das vinte mães

identificadas com o desfecho, somente uma completou todo protocolo. Esta paciente apresentou redução significativa dos sintomas de depressão e de ansiedade ao longo das nove sessões de terapia e uma sessão de *follow-up*.

Pode-se concluir que ainda há muito a ser feito para a detecção e tratamento da depressão pós-parto. Durante essa pesquisa de doutorado, a pesquisadora ouviu de ginecologistas/obstetras e psicólogos que a depressão pós-parto “quase não existe” e que “só acomete mulheres de baixa renda”, falas que denunciam a desinformação sobre o quadro. Alguns profissionais podem até perceber que existe algo errado com suas pacientes mas não aprofundam suas investigações a ponto de formularem o diagnóstico e conduzir o tratamento. Um melhor conhecimento dessa condição é importante para que os profissionais de saúde se sintam mais seguros sobre como agir quando se depararem com casos desse tipo em suas práticas clínicas.

Talvez a própria falta de conhecimento sobre o número de mulheres que apresentem quadros de ansiedade e depressão possa ter influenciado a não-organização do serviço para essa demanda. Conversando com médicos e psicólogos pertencentes ao *staff* da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, não se obteve conhecimento de nenhuma tentativa de inclusão de triagens com o objetivo de aferir casos de DPP na população assistida. Da mesma forma, no período em que a pesquisa foi realizada, o Serviço de Psicologia da Maternidade não oferecia acompanhamento de psicoterapia após o parto, somente ações relacionadas ao planejamento familiar que, embora importantes, procuravam atingir a outros objetivos.

Frente a isso, destaca-se a importância da disseminação, entre os públicos leigo e especializado, sobre o que realmente é a depressão pós-parto e a existência de alternativas de tratamento. Dessa forma, talvez seja possível desfazer mitos inúteis que aumentam o sofrimento das pacientes e dificultam pedidos de ajuda. Essa é uma das razões da importância

dos estudos de prevalência. Representam uma forma de obter dados sobre as características e necessidades da população atendida, possibilitando uma melhor organização dos serviços oferecidos.

Outras pesquisas investigando a utilidade da terapia cognitivo-comportamental devem ser realizadas. Essa intervenção, já consagrada para o tratamento de sintomas depressivos, parece útil para mulheres com DPP. No entanto, é necessário que pesquisas futuras investiguem os motivos da baixa adesão ao tratamento, explorando alternativas de atendimento a essa população.

Espera-se que essa tese de doutorado possa trazer algum tipo de contribuição para o conhecimento sobre a saúde mental de puérperas e, em especial, para identificação e tratamento psicológico da depressão pós-parto. São mulheres que sofrem em silêncio, esperando ser identificadas e conduzidas a um tratamento que as possibilite experimentar os sentimentos positivos associados a um dos maiores desafios de suas vidas: a maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 91-104, 2007.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S.A., & Moore, K.M. (2003). Obsessional thoughts in postpartum females and their partners: content, severity and relationships with depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 157-164.
- Agnafors, S., Sydsjö, G., Dekeyser, L., Svedin, C. G. (2012). Symptoms of Depression Postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Maternal and Child Health Journal*, 01 abril 2012, doi 10.1007/s10995-012-0985-z.
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A. O., Patrick, J. C., Credy, D., Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40, 1849-1859.
- Allgulander, C. (2012). Generalized Anxiety Disorder: a review of recent findings. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 4(2): 88-91.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª.ed.; Texto Revisado)*. Porto Alegre:Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3): 106-115.
- Appleby, L.; Warner, R.; Whitton, A. & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ*, 314(7085), 932-6.
- Austin, M. P. V., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K. & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Archives of Women's Mental Health*, 13: 395-401.
- Azorin, J. M., Angst, J., Gamma, A., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E. & Young, A. (2012). Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression: findings from the international BRIDGE study. *Journal of Affective Disorders*, 136, 710-715.

- Bandelow, B., Sojka, F., Broocks, A. Hajak, G., Bleich, S. & Rütther, E. (2006). Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry*, 21, 495-500.
- Banti, S., Mauro, M., Oppo, A., Borri, C. H., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M. S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Rucci, P. & Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression – Research & Screening Unit Study. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 343-351.
- Barbosa, E. M. Da S., Petribú, K., Mariano, M.H. De A., Ferreira, M. De N. L., Almeida, A. (2008). Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência: [carta ao editor] . *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1): 86-87.
- Barbosa, E. M., Silva M.C., Silva M.R., Montenegro M.C., Petribu K. (2006). Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante? *Revista de Saúde Pública*, 40(5):935-7.
- Barlow, D. H & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning,.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2011). *Depressão: causas e tratamento*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, C. T. (1996). A metanalysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5) 299-303.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(4): 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum predictors inventory. *Journal of Obstetrics Gynecology Neonatal Nurs.* 31 (4), 394-402.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28, 3-8.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 924-930.

- Botega, N. J. & Dias, M. K. (2006). Gravidez e Puerpério. In: Botega, N. J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2ª ed., 314-354.
- Boyce, P. & Barriball, E. (2010). Puerperal psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 45-47
- Boyd, R. C. & Le, H. N. & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 13.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, 303-310.
- Cantilino, A, Zambaldi, C. F., Sougey, E. B. (2009). Adaptação Semântica e Avaliação da Confiabilidade do Postnatal Negative Thoughts Questionnaire em Puérperas Brasileiras. *Neurobiologia*, 72(3).
- Cantilino, A. (2009). *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos*. [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Albuquerque, T. L. C. de, Paes, J. A., Montenegro, A. C. P. & Sougey, E. B., (2010). Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 1-9.
- Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Sougey, E.B. & Rennó, J. Jr.(2010). Transtornos psiquiátricos no puerpério. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (6), 278-284.
- Cantwel, R. & Cox, J. L. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 16, 14-2, DOI: 10.1016/j.curobgyn.2005.11.001
- Carvalhoes, M. A. de B. L. & Benicio, M. H. D'aquino. (2002). Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 188-197.
- Challacombe, F., Feldmann, P., Lehtonen, A., Craske, M. G. & Stein, A. (2007). Anxiety and interpretation of ambiguous events in the postnatal period: an exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 495-500.
- Clark, L. (2009). *SOS ajuda para pais: um guia prático para lidar com problemas de comportamentos comuns do dia a dia*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.
- Coelho, H. F., Murray, L., Royal- Lawson, M., Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 348-353.

- Cooper, P. J. & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316; 1884-1886.
- Corwin E. J. & Pajer, K.(2008). The Psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Journal of Women's Health*,17(9), 1529-1534.
- Cox, J., & Holden, J (Eds.) (2003). *Perinatal Mental Health: a guide to Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell (Royal College of Psychiatry).
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Craig, E.; Judd, F. & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria: a pilot study. *Australasian Psychiatry*,13(3), 291 - 295.
- Cruz, E. B. da S.; Simões, G. L. & Faisal-Cury, A.(2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181-188.
- Cruz, L. N., Polanczyk, C. A., Camey, S. A., Hoffmann, J. F., Fleck, M. P. (2011). Quality of life in Brazil: nomrative values for theWhoqol-bref in a southern general population sample. *Quality Life Research*, 20: 1123-1129.
- Cunha, J. C. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Da Costa, D., Dritsa M; Rippen N; Lowensteyn I., Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 9(2), 95-102.
- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P. & Teixeira, N. A.(1998). Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31, 799-804.
- Dennis, C. & Mcqueen, K., (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96, 590-594.
- Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N. & Jones, I. (2012). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *Archives of General Psychiatry*, dez, E1-E5.
- Dragulescu, A.A. (2012). *xlsx: Read, write, format Excel 2007 and Excel 97/2000/XP/2003 files. R package version 0.5.0*. <http://CRAN.R-project.org/package=xlsx>

- Eastwood, J.G., Phung, H. & Barnett, B. (2011). Postnatal depression and sociodemographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in metropolitan area of New South Wales, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 1040-1046.
- Emmanuel J., Simmonds S, Tyrer P.(1998). Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, suppl. 34(173):35-41.
- Fairbrother, N. & Abramowitz, J.S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2155-2163.
- Faissal-Cury, A., Tedesco, J. J., Kahhale, S., Menezes, P. R., Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2):123-131.
- Field, T. (2008). *Breastfeeding and antidepressants. Infant Behavior and Development*, 31:481-487.
- Figueira, P. G., Diniz, L. M. & Silva Filho, H. C. da. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), 71-75.
- Figueira, P. G., Correa, H., Malloy-Diniz, L., Romano-Silva (2009). Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43 (supl.1) 79-84.
- Fisher, J., Mello, M. C. de., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 90:139-149H. Disponível <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-091850/en>. Último acesso em 10 de maio de 2012.
- Fitelson, E., Kim, S., Baker, A.S. & Leight, K. (2011). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, 3, 1-14.
- Fleck M. P. de., Lima, A. F. B. da S., Louzada, S., Schestaky, G., Henriques, A., Borges, V.R., Camey, S. & Lido, G. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4): 431-8.
- Fonseca, V. R. J. R., Silva, G. A. da & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.

- Freeman, M. P. & Davis, M. F. (2010). Supportive psychotherapy for perinatal depression: preliminary data for adherence and response. *Depression and Anxiety*, 27:39-45.
- Gaynes, B. N., Gavin N., Meltzer-Brody, S., Lohr K. N., Swinson T., Gartlehner G, Brody S, Miller W.C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening, accuracy, and screening outcomes. *Evidence report/technology assessment (summary)*, 119, 1-8. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>.Último acesso 19 de janeiro de 2013.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 410-420.
- Goodman, J. H. & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 47-490.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1999) *A mente vencendo o humor: mude como você se sente mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Artmed
- Griffiths, P. & Barker-Collo, S. (2008). Study of a group treatment program for postnatal adjustment difficulties. *Archives of Women Mental Health*, 11, 33-41
- Grigoriadis, S., Meschino, D. de C., Barrons, E., Bradley, L., Eady, A., Fishell, A., Mamisachvili, L., Cook, G. S., O'keefe, M., Romans, S. & Ross, L. E. (2011). Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 325-333.
- . Halbreich, U. & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111.
- Hall, P. L. & Papageorgiou C. (2005). Negative thoughts after childbirth: development and preliminary validation of self report scale. *Depression and Anxiety*, 22:121-129, 2005.
- Hasselmann, M. H., Werneck, G .L. & Silva, C. V. C. da. (2008) Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 sup.2: S341-S352.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T. & Grosser, S. (2000). Postpartum and non postpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety*, 11, 66-72.
- Jones, I. (2010). *DSMV: The Perinatal Onset Specifier for Mood Disorders*. American Psychiatry Association. Disponível em <http://www.dsm5.org/Documents/Mood%20Disorders%20Work%20Group/Ian%20Jones%20memo-post-partum.pdf>. Último acesso em 19 de janeiro de 2013.

- Kauppi, A., Kumpulainen, K., Vanamo, T., Merikanto, J., Karkola, K. (2008). Maternal depression and filicide – case study of ten mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 201-206.
- Kluthcovsky, A. C. G. C. & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (3).
- Knapp, P. (2004). Principios fundamentais da terapia cognitiva. In: Knapp, P e col. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 19-41.
- Konradt, C. E., Silva, R. A. da, Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza, L. D. M., Oses, J. P. & Pinheiro, R T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>
- Kuyken, W., Padesky, C. & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Leckman JF, Feldman R, Swain JE, Eicher V, Thompson N, Mayes LC. (2004). Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*, 111:753–771
- Lefkowitz, D., Baxt, C. & Evans, J. R. (2010). Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17:230–237.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8 (24).
- Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O., Steinmetz-Breckenridge, J.L., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia Publishing
- Lima, A. F. B. da S. & Fleck, M. P. de A. (2009). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (3).
- Lobato, G., Moraes, C. L., Dias, A. S. & Reichenheim, M. E. (2012). Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47: 427-438.

- Lobato, G., Moraes, C. L. & Reichenheim, M.E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 369-379.
- Lobato, G., Moraes, C., Dias, A. S. & Reichenheim, M. E. (2011). Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Archives of Women's Mental Health* 14: 187-193, 2011.
- Lord, C., Hall, G., Soares, C.N., & Steiner, M. (2011). Physiological stress response in postpartum women in obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 36(1), 133-138.
- Lord, C., Steiner, M., Soares, C.N., Carew, C.L. & Hall, G.B. (2012). Stress response in postpartum women with and without obsessive-compulsive symptoms: and fMRI study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 37 (2), 78-86.
- Luiz, R. R. & Magnanini, M. M. F. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 8(2), 9-28.
- Magalhães, P. V. S., Pinheiro, R. T., Faria, A. D., Osório, C. M. & Silva, R. A. da. (2006). Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(5), 245-248.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. & Kavannagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-147.
- Mauri, M., Oppo, A., Montagnani, M. S., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Ramacciotti, D., Rambelli, C & Cassano, G.B. (2010). Beyond “postpartum depressions”: specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 127, 177-184.
- Melo Jr, E. F., Cecatti, J. G., Pacagnella, R. C., Leite, D. F. B., Vulcani, D. E. & Makuch, M.Y. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 136, 1204-1208.
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neuroscience*, 13: 89-100.
- Milgrom, J., Holt, C. J., Gemmill, A.W., Ericksen, J., Leigh, B., Buist, A. & Schembri, C. (2011). Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomized controlled trial of GP management, with and without adjunctive counseling. *BMC Psychiatry*, 11, 95.

- Milgrom, J., Martin, P. R. & Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal Depression: a psychological approach for health care practioners*. John Wileys & Sons LTD.
- Milgrom, J., Mendelsohn, J. & Gemmil, A. W. (2011). Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *Journal of Affective Disorders*, 132, 301-310.
- Milgrom, J., Negri, L., Gemmill, A.W., McNeil, M. & Martin, P.R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 529-542.
- Miller, R. L., Pallant, J. F. & Negri, L. M. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry* 6:12, 1-11.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Misri, S. & Kendrick, K. (2007). Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(8):489-98.
- Mora, P. A., Bennet, I. M., Elo I. T., Mathey, L., Coyne, J. C. (2008). Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: evidence from growth mixture modeling. *American Journal of Epidemiology*, 169, 24-32.
- Moraes, I. G. Da S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. Da., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 40(01), 65-70.
- Mott, S. L., Schiller, C. E., Richards, J. G., O'Hara, M. W. & Stuart, S. (2011). Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 14: 335-343.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*, 296 (21):2582-2589.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health - The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. *NICE Clinical Guidelines*, no. 45. Leicester (UK): British Psychological Society.
- Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado J., Gelabert, E. & Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109, 171-176.

- Nielsen F. D., Videbech P., Hedegaard M., Dalby S. J., Secher N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG*, 107(10):1210-7.
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J. & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (2), 158-171.
- O'Hara, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression--a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1).
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Patel, S. R. & Wisner, K. L. (2011). Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum depression. *Depression and Anxiety*, 28(7), 589-595.
- Payne, J., Fields, E. S., Meuchel, J. M. & Jaffe, C. J. & Jha, M., 2010. Post adoption depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13: 147-151.
- Pereira, M. & Rangé, B. (2011). Terapia Cognitiva. In: Rangé, B. (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2ª. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Philips, L. H. C. & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 41/2 – year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 151-155.
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S. & Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 409-418.
- Quian Wu, Hong-Lin Chen & Xu-Juan Xu. (2012). Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 107-114.
- R Development Core Team. (2011). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Áustria. Disponível em <http://www.R-project.org/>
- Rambelli, C., Montagnani, M. S., Oppo, A., Banti, S., Borri, C., Cortopassi, S., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Mula, M., Cassano, G. B. & Mauri, M. (2010). Panic disorder as a risk factor for post-partum depression. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 139-143.

- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J. & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35, 264-272.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K. & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders* 113, 77-87.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass M., Stefenelli, U., Reinig K., Fuchs T., Sohn C. & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 459-468.
- Rojas G., Fritsch R., Solis J., Gonzalez M., Guajardo V., Araya R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista Medica de Chile*, 134(6), 713-20.
- Ross, L.E., & Mc Lean, L. M. (2006). Anxiety disorder during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1285-1297.
- Runquist, J. J. (2007). A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health* 10, 267-275.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., Lima, V. J. de. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Santos, M. F. dos, Martins, F. C. & Pasquali, L. (1999). Escalas de auto avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), edição especial.
- Schmidt, B., Picolloto, N.M., & Muller, M.C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10 (1), 61-68.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Seto, M., Cornelius, M. D., Goldschmidt, L., Morimoto, K. & Dat, N. L. (2005). *Maternal and Child Health Journal*, 9, 263-271.

- Sharma, V., Khan, M. (2010). Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression. *Bipolar Disorders*, 12, 335-340.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 20);22-33.
- Sloan, E. P. (2011). Sleep deprivation and postpartum mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 14: 509-511.
- Sobey, W. S. (2002). Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47 (5), set./out. Elsevier Science.
- Spanemberg, L. (2008). Depressão pós-parto: considerações terminológicas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1).
- Speisman, B. B., Storch, E. A. & Abramowitz, J. S. (2011). Postpartum Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40, 6, 680-690.
- Sutter-Dallay, A.L., Cosnefroy, O., Glatigny-Dallay, E., Verdoux, H. & Rasclé, N. (2012). Evolution of perinatal depressive symptoms from pregnancy to two years postpartum in a low- risk sample: the MATQUID cohort. *Journal of Affective Disorders*, 139, 23-29.
- Tannous, L. (2004). *Prevalência da depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre e seus fatores de risco*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Psiquiatria)
- Ugarriza, D.N. & Schmidt, L. (2006). Telecare for women with Postpartum Depression. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44 (1), 37-45.
- Uguz, F., Gezginc, K., Zeytinci, I.E., Karatayli, S., Aski, R., Guier, O.,Gecici. (2007). Course of obsessive-compulsive disorder during early postpartum period: a prospective analysis of 18 cases. *Comprehensive Psychiatry*, 48(6), 558-561.
- Venables, W. N. & Ripley, B. D. (2002). *Modern Applied Statistics with S. Fourth Edition*. Springer, New York. ISBN 0-387-95457-0
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L.C. & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders*, 19, 295-311.
- Whoqol Group (1994). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Último acesso em 23 de julho de 2012.

- Wisner, K. L.; Chambers, C. & Sit, D. K. Y. (2006). Postpartum depression: a major public health problem. *The Journal of the American Medical Association*, 296 (21), 2616-2618.
- Wisner, K., Moses-Kolko, E. I. & Sit, D. K. Y. (2010). Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 37-40.
- Wright, J. H., Sudak, D. M., Turkington, D. & Thase, M. E. (2012) Tratando a esperança e a suicidalidade. In: _____. *Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves*. Porta Alegre: Artmed, 128-145.
- Xu, F., Austin, M.P, Reilly N., Hilder, L & Sullivan E. A. (2012). Major depressive disorder in the perinatal period: using data linkage to inform perinatal mental health policy. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 333-341.
- Zambaldi, C.F., Cantilino, A. & Sougey, E. (2011). Bio-socio-demographic factors associates with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 435-439.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo B - Questionário “Dados sobre a Puérpera”

Anexo C - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Anexo D - Questionário de Pensamentos Negativos Pós-Natais

Anexo E – Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Anexo F – WHOQOL-bref

Anexo G – Fórmulas e Cálculos Estatísticos

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Depressão Pós-Parto: caracterização, prevalência e eficácia de um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental”, cuja pesquisadora responsável é a psicóloga Fernanda Martins Pereira Hildebrandt, do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Algumas mães, após terem seus bebês podem se sentir muito tristes e/ou ansiosas, o que pode prejudicar sua saúde, seus afazeres e cuidados consigo mesmas e com as crianças. Essa pesquisa pretende: 1) identificar seu grau de depressão e ansiedade; 2) identificar se você possui um quadro chamado “depressão pós-parto”; 3) verificar seus pensamentos sobre a maternidade; 4) verificar como se sente em relação a sua qualidade de sua vida; 5) caso tenha sido diagnosticada com depressão pós-parto, oferecer um tipo de tratamento psicológico gratuito específico para essa dificuldade, para que você se sinta melhor.

Caso aceite participar, será pedido que você responda a quatro questionários contendo perguntas sobre como você tem se sentido e o que tem pensado nas últimas semanas. Após essa etapa, caso a pesquisadora identifique que você tenha o diagnóstico de depressão pós-parto, você será convidada a participar do tratamento com psicoterapia. Ele acontecerá algumas semanas após você ter respondido os questionários (no máximo 1 mês) e será totalmente gratuito. Terá duração de 10 encontros, cada um ocorrendo uma vez por semana, durante 1 hora e meia. Você pode receber esse tratamento de forma individual (sozinha com a psicóloga) ou em grupo (com outras mulheres que também tenham sido diagnosticadas com depressão pós-parto e a psicóloga). Por razões de execução da pesquisa, a escolha de se você irá receber o tratamento individual ou em grupo será feita por ao acaso (por sorteio) pela pesquisadora responsável.

Durante o tratamento você terá a possibilidade de entender melhor o que é a depressão pós-parto. Além disso, aprenderá a lidar melhor com seus sentimentos e pensamentos através de exercícios de mudança de pensamentos, técnicas de relaxamento e administração do tempo, entre outras técnicas desenvolvidas por psicólogos especialistas no seu caso.

Algumas perguntas feitas pelos questionários ou algumas sessões do tratamento podem trazer algum tipo de desconforto porque podem lhe fazer lembrar de momentos tristes

que você tenha passado ou esteja vivendo. Para isso, você terá todo suporte necessário pela psicóloga responsável pela pesquisa, que estará acessível através do telefone (21) 9734-7852 ou (21) 2210-2899. Você também pode tirar dúvidas em relação a sua proteção ética através do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ telefone (21) 2205-9064 ramal 260 no endereço rua das Laranjeiras 180 Laranjeiras Rio de Janeiro – RJ.

Você poderá se recusar a participar do projeto ou abandoná-lo quando e como quiser sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. Isso significa dizer que se você não quiser participar dessa pesquisa poderá se recusar e continuar recebendo o tratamento que buscou para seu filho normalmente.

Será dado a você o direito de saber sobre os resultados dessa pesquisa, a qualquer momento. As informações que você der nos questionários e nas sessões de tratamento que mais tarde irão compor os resultados da pesquisa não serão associadas ao seu nome, ou seja, sua identidade será mantida em sigilo (segredo). Mantido seu sigilo, a pesquisadora poderá apresentar os dados da pesquisa em reuniões de pesquisadores ou publicações da área (congressos e artigos científicos).

Eu, _____ RG nº _____ declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito. Reconheço a autoridade e competência daqueles designados para oferecer este tratamento. Concordo em me submeter a questionários e, se for necessário, a 10 sessões de psicoterapia, certa de que terei garantido o sigilo que assegure minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Reconheço que não há compromisso de alívio total de todos os sintomas durante e após o tratamento.”

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da declarante.

Fernanda Martins Pereira Hildebrandt
Psicóloga responsável pela pesquisa CRP 05 27121

ANEXO B- Questionário “Dados sobre a Puérpera”**DADOS SOBRE A PUÉRPERA**

Qual seu nome completo? _____

Em que dia você nasceu? ___/___/___

Mora aonde? (bairro e cidade) _____

Qual seu estado civil? () Solteira () Casada () Mora com companheiro
() Divorciada () Viúva

Qual seu grau de escolaridade? (Estudou até que série?) _____

Você trabalha? Se sim, em que? _____

A sua gravidez foi planejada? () Sim () Não

Quando seu bebê nasceu? ___/___/___ **Sua gestação foi até que semana?** _____

Qual foi seu tipo de parto? () Normal () Cesariano () Fórceps

Ocorreu algum tipo de complicação durante a gravidez ou o parto?

() Sim () Não

Se sim, qual? _____

Seu bebê precisou ficar internado na UTI? () Sim () Não

Se sim, por qual motivo? _____

Você tem outros filhos? () Sim () Não Se sim, quantos e de que idade?

Em algum momento da sua vida você teve algum problema psiquiátrico, como problemas ligados à depressão ou à ansiedade? () Sim () Não

Se sim, sabe o que teve? Fez tratamento (ex.remédios ou terapia)?

Na sua família alguém já teve problemas desse tipo? () Sim () Não

Se sim, sabe o motivo, se tomou remédio ou ficou internado?

Você tem algum telefone para contato? _____

Data: ___/___/___

Entrevistadora: _____

ANEXO C – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Escala de Edimburgo

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, 1987

© British Journal of Psychiatry

tradução: Maria Fátima S. dos Santos e Célia C. Moraes

supervisão de tradução: Prof. João Dino F. P. Santos

Depto. de Letras _ UnB

validação: Maria Fátima S. Santos, Francisco M. C. Martins e Luis Pasquali _ Depto. de Psicologia _ UnB

Seu nome: _____

Data de nascimento do bebê: _____

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

- () Sim, todo o tempo.
- (X) Sim, na maior parte do tempo.
- () Não, nem sempre.
- () Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- () Como eu sempre fiz.
- () Não tanto quanto antes.
- () Sem dúvida menos que antes.
- () De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- () Como sempre senti.
- () Talvez menos do que antes.
- () Com certeza menos.
- () De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- () Sim, na maioria das vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Não muitas vezes.

Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

Não, de maneira alguma.

Pouquíssimas vezes.

Sim, algumas vezes.

Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

Sim, muitas vezes.

Sim, algumas vezes.

Não muitas vezes.

Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.

Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.

Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.

Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

Sim, na maioria das vezes.

Sim, algumas vezes.

Não muitas vezes.

Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

Sim, na maioria das vezes.

Sim, muitas vezes.

Não muitas vezes.

Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

Sim, quase todo o tempo.

Sim, muitas vezes.

De vez em quando.

Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

Sim, muitas vezes, ultimamente.

Algumas vezes nos últimos dias.

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez

ANEXO D- Questionário de Pensamentos Negativos Pós-Natais

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

ANEXO E – MINI (Transtornos do Humor e de Ansiedade)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")	NÃO SIM * EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL		
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:			
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11
	A5b É COTADA SIM ?	NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE		

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:			Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO SIM	4
----	---------------------------------------	---------	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM:			
b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM:			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM” : EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?	→ NÃO	SIM	

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais **OU** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
			<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1 Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? NÃO SIM 19

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2 Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ? NÃO SIM 20
Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL	

ANEXO F – WHOQOL – Abreviado

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO G – FÓRMULAS E CÁLCULOS ESTATÍSTICOS

1- Fórmulas estatísticas utilizadas:

Para cálculo da amostra

$$\varepsilon^2 = \frac{z_{\alpha/2}^2 \hat{p}(1 - \hat{p})}{n}$$

Para cálculo do intervalo de confiança

$$IC(\hat{p}) = \hat{p} \pm \frac{z_{\alpha/2}}{2} \sqrt{\frac{\hat{p}(1 - \hat{p})}{n}}$$

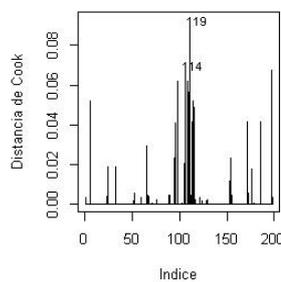
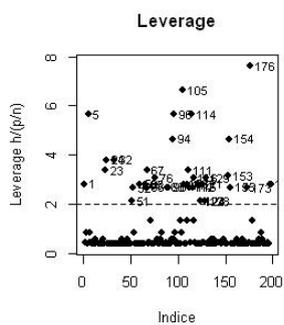
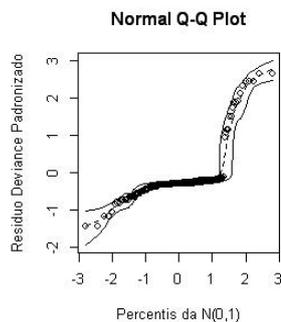
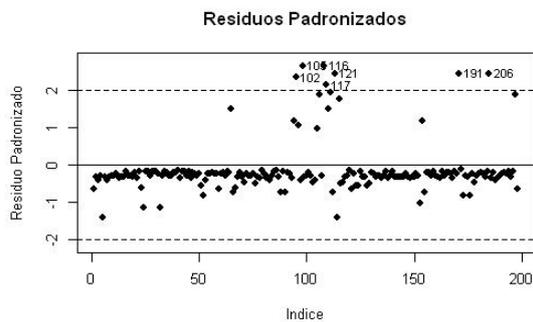
Legenda:

ε = erro tolerável da amostragem

$Z_{\alpha/2}$ = erro

α ; p =prevalência

2 - Gráficos de diagnóstico do modelo:



3 - Teste de adequação do modelo:

Estatística Hosmer-Lemeshow (HL)

HL = 6.06 P-valor = 0.41