

Síndrome de tristeza pós-parto*

LUIS AUGUSTO PAIM ROHDE**

ANA LUIZA WOLF DE SOUZA***

ANDRÉA ZOMER****

FÁBIO CARBONE*****

FLÁVIO SHANSIS*****

SILVIA MARTINS*****

SILZÁ TRAMONTINA*****

SINOPSE

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Tristeza Pós-Parto. Busca-se uma visão atualizada sobre epidemiologia, etiologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, evolução e tratamento da síndrome. Enfatiza-se o seu espaço dentro dos quadros psiquiátricos puerperais, como uma entidade diagnóstica do puerpério imediato, situando-se à parte dos transtornos depressivos puerperais.

UNITERMOS: Puerpério; Tristeza Materna; Transtornos Psiquiátricos Puerperais.

ABSTRACT

This article presents a review of the literature on the epidemiology, etiology, diagnosis, differential diagnosis, evolution and treatment of the Post-Partum Blues Syndrome. Its place among the psychiatric puerperal disorders is discussed.

KEY WORDS: Maternity Blues, Psychiatric Puerperal Disorders, Puerperium.

* Este trabalho faz parte da dissertação de mestrado do Dr. Luis Augusto Rohde no curso de Pós-Graduação em Medicina, Clínica Médica da UFRGS.

** Professor Substituto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Mestre em Medicina pela UFRGS.

*** Médica, formada pela FAMED-UFRGS.

**** Psicóloga, Pós-Graduada do Instituto de Psicologia da PUC-RS.

***** Médico Psiquiatra pelo Hospital Presidente Vargas.

***** Médico Psiquiatra pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); aluno do Mestrado do Departamento de Bioquímica - UFRGS.

***** Médicas residentes do Serviço de Psiquiatria do HCPA.

Endereço para correspondência:

Flávio Shansis

Av. Taquara, 586 - conj. 606 - Petrópolis - Porto Alegre/RS - CEP 90460-210

INTRODUÇÃO

As primeiras referências à Síndrome de Tristeza Pós-Parto aparecem na literatura médica no final do século XIX. O termo "febre do leite" foi usado por Savage em 1875, visto que as alterações do humor características da Síndrome apareciam coincidentemente com o início da lactação. Um outro sinônimo, "tristeza do terceiro dia", foi utilizado por razões similares (1). Estudos mais sistemáticos sobre esta síndrome, entretanto, só começaram a surgir na literatura médica norte-americana e inglesa a partir das décadas de cinquenta e sessenta deste século (2, 3, 4). Nestes trabalhos passou a ser chamada de tristeza pós-parto, tristeza materna, síndrome de tristeza ou simplesmente tristeza.

Nesta revisão, optou-se pela designação Síndrome de Tristeza Pós-Parto (STPP), que atualmente parece ser melhor definida como alterações transitórias e autolimitadas do estado mental materno no puerpério imediato, caracterizada por episódios frequentes de choro, flutuações do humor, tristeza, irritabilidade, fadiga, confusão, dificuldade de concentração, insônia e ansiedade, principalmente relacionada ao bebê (5).

O objetivo deste trabalho é avaliar os principais aspectos da epidemiologia, etiologia, diagnóstico diferencial, evolução e tratamento da STPP. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica através do sistema MEDLINE entre os anos 1966 e 1993, utilizando-se como palavras-chaves "Blues, Maternity Blues e Post-Partum Blues". Todos os artigos em inglês, francês ou italiano encontrados no Brasil foram revisados.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência de STPP é muito variável na literatura (5). Assim, enquanto em um estudo na literatura a incidência foi de 39% (6), em outro, no mesmo país, ela foi de 76% (7). As incidências de STPP nos principais estudos realizados encontram-se na Tabela 1.

A maioria dos trabalhos sobre a STPP foram realizados na Inglaterra, embora ela já tenha sido descrita nos

TABELA 1 - Incidência de STPP nos principais estudos

Autor	País	Incidência
Yalom e cols., 1968 (55)	Estados Unidos	67%
Davidson, 1972 (13)	Jamaica	60%
Pitt, 1973 (47)	Inglaterra	50%
Handley e cols., 1980 (23)	Inglaterra	39%
Stein, 1980 (52)	Inglaterra	76%
Harris, 1981 (27)	Tanzania	76%
Condom e Watson, 1987 (10)	Austrália	40-61%
Kennerley e Gath, 1989 (31)	Inglaterra	43-60%
Okano e Nomura, 1992 (44)	Japão	25,5%

Estados Unidos (1,8), Itália (9), França (10), Jamaica (11) Tanzânia (12,13), Japão (14). Estudos realizados na América do Sul não foram encontrados na literatura revisada.

A STPP não parece significativamente associada a fatores demográficos ou sociais, com idade, situação conjugal, ou nível sócio-econômico (15,16,17), embora Ballinger e cols. (18) e Kennerley e Gath (19) tenham encontrado uma associação com relações familiares e/ou maritais pobres.

A relação da síndrome com a paridade é controversa. Enquanto Yalom e cols. (1) e Gard e cols. (20) mostram uma associação significativa entre primiparidade e STPP, Davidson (15) encontra, numa amostra de puerperas jamaicanas, associação inversa, ou seja, com multiparidade. Pitt (21) e Kennerley e Gath (19) não encontram associação da paridade com a STPP. A maioria dos estudos também não evidencia qualquer relação com outras variáveis obstétricas, como tipo de parto, complicações obstétricas do pós-parto imediato, experiência do parto, tipo ou quantidade de medicação anestésica utilizada, volume de sangramento no parto, ou tempo de hospitalização (15, 21,16,19,14).

Da mesma forma, não parece haver associação entre a síndrome e eventos significativos de vida (15,21,22,7,19).

Kennerley e Gath (19) encontram correlação entre STPP e grau de neurose medido por escala criada pelos próprios autores. Entretanto, nem Pitt (21), nem Nott e cols. (23), utilizando a mesma escala, acham tal associação. Já a relação STPP e humor deprimido ou ansioso na gravidez parece mais evidente em vários estudos (15, 23, 6, 13, 7, 19); embora Newnham e cols. (23), em um estudo com 43 puerperas, não encontrem associação da STPP e humor ansioso na gravidez.

Na literatura, também não é evidenciada relação da STPP com história psiquiátrica prévia seja durante o puerpério ou fora dele (1,21,6,13,19), exceção para os estudos de Stein (7), que mostra correlação da STPP de intensidade severa com história de depressão prévia, e o de O'Hara e cols. (1991), que encontram associação entre a síndrome e a história pessoal e familiar prévia de depressão.

Em resumo, os dados epidemiológicos são inconclusivos e controversos quando analisados globalmente, provavelmente devido à diversidade de métodos diagnósticos

empregados nos vários estudos e à falta de uma definição de STPP precisa e consensual.

ETIOLOGIA

A etiologia da STPP não é clara. Existem trabalhos sugerindo um substrato biológico-hormonal e outros uma base psicológica para a síndrome.

Substrato biológico-hormonal

Uma queda acentuada dos níveis circulantes de estrógeno e progesterona ocorre após o parto e alguns estudos têm tentado correlacionar as mudanças na concentração plasmática destes hormônios e os sintomas da STPP (24,25). Alguns trabalhos encontram evidências indiretas desta associação (18, 26, 27), entretanto três estudos, bem conduzidos metodologicamente (23,28,20), não mostraram relação significativa entre STPP e concentração plasmática de FSH, prolactina, estrógenos ou progesterona.

Foi relatado um aumento do cortisol sérico no quarto dia de pós-parto nas mulheres com STPP (14), o que poderia ter relação com o estresse do parto. Entretanto, dois outros estudos não encontraram tal aumento (23,28).

A principal evidência de um substrato biológico para a STPP é a correlação encontrada em alguns estudos (29,6,20) entre distúrbios na regulação do tripofânio plasmático durante o puerpério imediato e a síndrome. O significado clínico deste achado é desconhecido, embora, muito provavelmente, este distúrbio possa ser um marcador de algum mecanismo predisponente subjacente.

A associação entre STPP e Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) encontrada em alguns trabalhos (23,30,19) é outra evidência de um substrato biológico.

Por fim, há relatos de associação da STPP com alterações de sensibilidade para ligação de receptores cerebrais GABA_A (31), com alterações de catecolaminas circulantes (28), ou de seus metabolitos excretados na urina (32) e com modificações da atividade da Monoaminoxidase (MAO) plaquetária (33).

Base psicológica

Durante a gravidez, são extremamente comuns fantasias a respeito do bebê que irá nascer. É o chamado bebê imaginário. Nas situações em que este bebê imaginário é muito diferente daquele que efetivamente nasce, foi sugerido que as mães apresentam uma reação de luto pela perda deste filho imaginário. Esta reação seria o que chamamos de STPP (34). Entretanto, um estudo, bem conduzido metodologicamente, que testou esta hipótese não encontrou relação significativa entre a discrepância bebê imaginário/bebê real e STPP (35). Handley e cols. (6), avaliam-

do apenas a discrepância do sexo desejado e o real do bebê também não encontraram relação desta diferença com STPP.

Em relação ao parto, Knight e Thirkettle (36) mostram, em um estudo com 96 primíparas, que as expectativas sobre o parto, a experiência do parto e a concordância entre o parto esperado e o real não predizem a STPP.

Brudal (37), estudando uma amostra de homens no puerpério imediato, demonstra a existência de sintomas bastante semelhantes aos encontrados em mulheres com STPP. Como não se espera a ocorrência em homens das alterações hormonais características das mulheres no puerpério imediato, esta é uma evidência sugestiva de uma base psicológica a STPP.

Em resumo, as evidências mais fortes sugerem um substrato biológico para a STPP, embora o exato mecanismo envolvido não esteja claro ainda. É provável que uma disfunção da regulação do triptofânio plasmático no puerpério imediato possa estar envolvido.

DIAGNÓSTICO

Uma das maiores limitações das pesquisas sobre a STPP encontra-se na área dos instrumentos para diagnóstico. Assim, os estudos mais antigos usavam instrumentos não construídos especificamente para medir a STPP. Na grande maioria, eram escalas de depressão, como a Escala de Depressão de Beck (5).

Outro método diagnóstico usado foi a avaliação de sintomas-alvo, como choro, que é um dos mais frequentemente identificados nesta síndrome. Entretanto, mesmo as pesquisas que utilizam o choro como critério diagnóstico, não utilizam de forma uniforme (5).

Três escalas foram construídas especificamente para o diagnóstico da STPP, a escala de Pitt (21), a de Stein (7) e a de Kennerley e Gath (17). Contudo, quando avaliadas globalmente, evidencia-se que poucos são os sintomas presentes em comum nas três (38). Além disso, a escala de Kennerley e Gath (19) é o único instrumento desenvolvido através de uma metodologia psicométrica sistemática (5).

Em relação à escala de Kennerley e Gath (17), a validade de conteúdo foi obtida pela utilização inicialmente de um inquérito aberto, para encontrar um conjunto de sintomas frequentes em 100 mulheres no puerpério imediato. Dois rascunhos do questionário original com 49 itens foram revisados nos achados provenientes de quatro amostras diferentes de puérperas. Desta maneira, o número de itens foi reduzido na versão final para 28 itens. A validade de construção do instrumento foi avaliada de uma análise de blocos. Nesta escala, a mãe é solicitada a indicar como se sente naquele dia em relação a cada um dos 28 itens. Primeiramente, ela indica se tem experienciado, ou não, um determinado sentimento ou sintoma no dia em questão.

Em caso afirmativo, especifica o grau de mudança, se é que algum ocorreu, na sua forma usual de ser.

Em função da diversidade de métodos empregados para o diagnóstico da STPP, o quadro clínico não é preciso nem homogêneo quando os vários estudos são revisados globalmente. Os sintomas e sentimentos mais frequentes citados são: episódios de choro, flutuações do humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, tristeza, sensação de desamparo, confusão, ansiedade, isolamento, cansaço, inquietude e tensão (17, 38, 39, 14). Embora o quadro clínico não seja uniforme, há um consenso na literatura de que a STPP é autolimitada, ocorrendo no puerpério imediato, ou seja, durante os dez primeiros dias de pós-parto (17,5). O dia de pico sintomatológico novamente varia entre os estudos, mas parece situar-se entre o terceiro e o sexto dia de pós-parto (21, 7, 40, 41, 17).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Em primeiro lugar, a STPP deve ser diferenciada dos outros quadros psiquiátricos prevalentes no puerpério, ou seja, as psicoses puerperais e as depressões puerperais (41,43).

As psicoses puerperais são transtornos mentais severos que comumente necessitam internação hospitalar. O início dos sintomas normalmente ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto e a sua incidência situa-se entre 1 a 2 casos por 1.000 partos (44,5). O quadro clínico geralmente toma a forma de um transtorno afetivo ou esquizoafetivo, com alguns elementos que lembram uma síndrome cerebral orgânica aguda. Assim, os principais sintomas são: delírios frequentemente sobre temas relacionados ao bebê, alucinações, incoerência ou perda de associações, confusão, labilidade do humor e estados delirantes transitórios (43, 45, 5). O risco de suicídio ou infanticídio é superior a 10% (44). Na literatura, é controverso se as psicoses puerperais são transtornos mentais específicos do puerpério, ou se refletem um transtorno mental mais geral que tem como fator desencadeante o puerpério (44). Entretanto, parece que as mulheres com psicoses puerperais frequentemente têm outros episódios da doença, não relacionados a nascimento, tanto antes quanto após o transtorno puerperal e encontra-se uma morbidade psiquiátrica aumentada nos seus parentes de primeiro grau (45).

A depressão puerperal tem o seu início em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, tendo um pico de incidência entre a quarta e a sexta semanas de puerpério. A incidência situa-se entre 10-20% das puérperas. O quadro geralmente é o de um Episódio Depressivo Maior, com a presença de tristeza, sentimentos de inadequação, fadiga, insônia e anhedonia. Podem estar presentes ideação suicida ou infanticida, embora o infanticídio ou suicídio ocorram em menos de 5% dos casos. Em termos de severidade, é um quadro intermediário entre a STPP e as

psicoses puerperais. Pode ter um curso crônico, implicando dificuldades de ajustamento familiar, mas principalmente pode trazer sérios prejuízos para o desenvolvimento psicossocial do bebê (11, 43, 44, 45).

Mesmo com essas diferenças, alguns autores consideram a STPP como a ponta mais benigna de um contínuo dos transtornos depressivos do puerpério. Ainda mais, levando-se em conta a incidência aumentada de STPP nas mulheres que mais tarde desenvolverão uma depressão puerperal (41,46).

Restaria, portanto, a dúvida se a STPP é um transtorno depressivo verdadeiro, uma forma breve de um Episódio Depressivo Maior, ou se é um estado de hipersensibilidade emocional à parte dos transtornos depressivos. Tanto Kennerley e Gath (17) quanto Lanczik e cols. (39), avaliando esta questão, mostram que no quadro clínico principal da STPP dominam sintomas que não os exclusivamente relacionados à depressão, fortalecendo a impressão de que a STPP é uma entidade em separado dos transtornos depressivos puerperais.

Outro aspecto controverso na literatura é se a STPP é uma síndrome específica do puerpério imediato, ou se, na verdade, reflete apenas flutuações normais do humor das mulheres fora do puerpério, ou ainda se não é somente uma resposta não específica a um estresse maior, como uma cirurgia, por exemplo.

Knight e Thirkettle (47), O'Hara e cols. (46) e Okano e Nomura (14), comparando amostras de puérperas com grupos-controles de mulheres fora do puerpério, mostram claramente um padrão sintomatológico diferente entre as puérperas e os controles normais nos três estudos, fortalecendo a idéia de que a STPP não é apenas a representação de flutuações do humor que ocorrem no dia-a-dia das mulheres, associadas a estresses cotidianos. Entretanto, todos estes estudos apresentam limitações importantes. Nas pesquisas de Knight e Thirkettle (47) e O'Hara e cols. (46), não são utilizados instrumentos diagnósticos específicos para STPP, mas sim escalas visuais análogas para ansiedade e depressão. Knight e Thirkettle (47) analisam dados sem distribuição normal através de estatística paramétrica. A amostra de Okano e Nomura (14) é pequena (47 puérperas) e não é aleatória. Além disso, as puérperas são acompanhadas apenas por cinco dias após o parto.

Levy (41) não encontra diferenças significativas no padrão sintomatológico de mulheres no puerpério imediato quando comparado ao de mulheres no pós-operatório imediato de cirurgias ginecológicas. Entretanto, a amostra de puérperas neste estudo é pequena (37 puérperas) e não é aleatória. O índice de perdas amostrais no grupo de puérperas é alto (30%) e desproporcional com o índice de perdas no grupo de mulheres submetidas a cirurgia (5%), sendo que este último não é homogêneo, contendo vários tipos de cirurgias ginecológicas, inclusive de câncer. Outros potenciais confundidores também não são controlados. Iles, Kennerley e Gath (48), num estudo com maiores cuidados metodológicos, encontram diferenças significa-

tivas no padrão sintomatológico entre um grupo-teste e um controle de características similares aos de Levy (41). Entretanto, novamente neste estudo o grupo-controle engloba vários tipos de cirurgia, inclusive para câncer de colo uterino. Os autores analisam dados sem distribuição normal através de estatísticas paramétricas.

Em resumo, a STPP parece ser uma síndrome separada dos transtornos depressivos puerperais, mas não está claro se ela é uma síndrome específica do puerpério imediato, em função das limitações metodológicas dos poucos estudos que avaliam esta questão.

EVOLUÇÃO

Vários estudos evidenciam associação significativa entre a presença da STPP no puerpério imediato e o desenvolvimento posterior de Depressão Puerperal no puerpério tardio ou remoto (4,22 49,41,16,50). Isso torna o conhecimento e a identificação do STPP da mais alta relevância clínica, no sentido de poder-se identificar uma parcela de puérperas mais propensas a uma depressão puerperal.

Além disso, alguns estudos têm mostrado presença significativamente aumentada de problemas de interação mãe-bebê nas puérperas com STPP (51,21,52). É bem estabelecida a relação de dificuldades de interação precoce mãe-bebê e problemas no desenvolvimento psicossocial dos bebês (53). Assim, a identificação da STPP tem relevância clínica não só para a possível prevenção de transtornos depressivos na mãe, como também para a prevenção de transtornos no desenvolvimento dos bebês.

TRATAMENTO

Como mencionado acima, a STPP é autolimitada, refletindo alterações transitórias do estado mental materno no puerpério imediato. Intervenções psicofarmacológicas não são necessárias (54). Entretanto, em função dos distúrbios na regulação sérica do triptofânio encontrados em alguns estudos, Harris (12) testou o uso de L-triptofânio em mulheres no puerpério imediato, através de um ensaio clínico, controlado e duplo-cego. Contudo, não encontrou diferenças significativas na sintomatologia medida pela escala de Pitt para STPP entre o grupo que recebeu a medicação e o que recebeu placebo.

O manejo da STPP começa idealmente antes do parto, através da explicação para a paciente, para o companheiro e/ou família sobre a possibilidade da ocorrência da síndrome no pós-parto imediato, enfatizando o caráter benigno da mesma. No puerpério é importante, naquelas mulheres que desenvolverem a STPP, a quebra do ciclo preocupação-insônia-fadiga, através do estímulo de uma hora regular para dormir e do uso progressivo de técnicas de relaxamento. Neste momento, também é imprescindível uma comunicação empática com a paciente, permitindo-

lhe a ventilação de seus sentimentos e provendo-lhe uma atmosfera de segurança. Por fim, deve-se orientá-la a retornar para reavaliação se os sintomas permanecerem após o puerpério imediato, ou se surgirem novos sintomas de cunho depressivo (30).

CONCLUSÃO

O estudo adequado dos quadros psiquiátricos do puerpério é fundamental, já que, por exemplo, no primeiro mês de pós-parto, a mulher está exposta a um risco de hospitalização psiquiátrica maior do que qualquer outro momento de toda a sua vida. Raramente, em psiquiatria, pode-se antecipar tão claramente um período previsível tão perigoso (44). Assim, o conhecimento sobre a STPP é da maior relevância clínica, na medida em que esta síndrome ocorre dentro deste período crítico do puerpério e parece ser um fator de risco significativo para as depressões puerperais. No nosso meio, reveste-se de relevância ainda maior, já que estudos sobre ela não são encontrados.

Em conclusão, a STPP parece refletir alterações do estado mental materno no puerpério imediato, sendo tais alterações distintas dos transtornos depressivos puerperais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. YALOM, I.D.; LUNDE, D.T.; MOOS, R.H.; HAMNURG, D.A. Post-Partum Blues Syndrome: a description and related variables. *Arch. Gen. Psychiatry* 1968; 18: 16-27.
2. PLESHETE, N.; ASCH, S.S. e CHASE, J. A Study of Anxieties During Pregnancy, Labor, The Early and Late Puerperium. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 1956; 32 (6): 436-55.
3. ASCH, S.S. Psychiatric Complications. Mental and Emotional Problems. In: Rovinsky, JJ e Guttmacher, A.F. (eds.) *Medical, Surgical and Gynecologic Complications of Pregnancy*. Baltimore: Williams e Wilkins, 1964: 461-72.
4. PITT, B. Atypical Depression following Childbirth. *Brit. J. Psychiatry* 1968; 114: 1325-35.
5. BECK, C.T. Maternity Blues Research: a critical review. *Issues Ment. Health Nurs* 1991; 12: 291-300.
6. HANDLEY, S.L.; DUNN, T.G.; WALDRON, G.; BAKER, J.M. Tryptophan, Cortisol and Puerperal Mood. *Brit. J. Psychiatr* 1980; 136: 498-508.
7. STEIN, G. S. The Pattern of Mental Change and Body Weight Change in the First Post-Partum Week. *J. Psychosom. Research* 1980; 24 (34): 165-71.
8. SAKS, B. R.; FRANK, J. B.; LOWE, T. L. et al. Depressed Mood during Pregnancy and the Puerperium: clinical recognition and implications for clinical practice. *Am. J. Psychiatry* 1985; 142 (6): 728-31.
9. ANDREOLI, C.; D'ADATO, F.; ANDREOLI, F.; MALAGNINO, F. La Depressione Puerperale Precoce: blues puerperali. *Minerva Ginecol* 1989; 41 (4): 173-6.
10. DESCHÊNES, L. Le Baby-Blues ou la Dépression Post-Partum? *Nurs. Québec* 1987; 7 (2): 40-2.
11. DAVIDSON, J. e ROBERTSON, E. A Follow-up Study of Post-Partum Illness, 1946-1978. *Acta Psych. Scand* 1985; 71: 451-7.
12. HARRIS, B. Maternity Blues. *Brit. J. Psychiatry* 1980; 136: 520-4.

13. HARRIS, B. Prospective Trial of L-Tryptophan in Maternity Blues. *Brit. J. Psychiatry* 1980; 137: 233-5.
14. OKANO, T. e NOMURA, J. Endocrine Study of the Maternity Blues. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiatry* 1992; 16: 921-32.
15. DAVIDSON, J. Post-Partum Mood Change in Jamaica Women: a description and discussion on its significance. *Brit. J. Psychiatry* 1972; 121: 633-59.
16. HAPGOOD, C.C.; ELKIND, G.S. e WRIGHT, J.J. Maternity Blues: phenomena and relationship to later post-partum depression. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1988; 22: 299-306.
17. KENNERLEY, H. e GATH, D. Maternity Blues. Detection and Measurement by Questionnaire. *Brit. J. Psychiatry* 1989; 155: 356-62.
18. BALLINGER, C.B.; INUCLEY, D.E.; NAILOR, G.J.; STANFIELD, D.A. Emotional Disturbance Following Childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP (adenosine 3'5'cyclic monophosphatic). *Psychol. Med.* 1979; 9: 253-300.
19. KENNERLEY, H. e GATH, D. Maternity Blues. Association with obstetric, psychological and psychiatric factors. *Brit. J. Psychiatry* 1989; 155: 367-73.
20. GARD, P. R.; HANDLEY, S. L.; PARSONS, A. D.; WALDRON, G.A. A Multivariate Investigation of Post-Partum Mood Disturbance. *Brit. J. Psychiatry* 1986; 148: 567-75.
21. PITT, B. Maternity Blues. *Brit. J. Psychiatry* 1973; 122: 341-3.
22. PAYKEL, E.S.; EMMS, E.M.; FLETCHER, J.; RASSABY, E.S. Life Events and Social Support in Puerperal Depression. *Brit. J. Psychol.* 1980; 136: 330-46.
23. NOTT, P. N.; FRANKLIN, M.; ARMITAGE, C.; GELDER, M. Hormonal Changes and Mood in the Puerperium. *Brit. J. Psychiatry* 1976; 128: 379-83.
24. FEKSI, A. HARRIS, B.; WALKER, R.F. et al. Maternity Blues and Hormone Levels in Saliva. *J. Affect. Disord.* 1984; 6: 351-5.
25. SUSMAN, V.L. e KATZ, J.L. Weaning and Depression: another post-partum complication. *Am. J. Psychiatry* 1988; 145 (4): 498-501.
26. METZ, A.; COWEN, P.; GELDER, M.; GOLBERG, D. et al. Changes in Platelet α -2 Adrenoreceptor Binding Post-Partum: possible relation to maternity blues. *Lancet* 1983; 14: 488-95.
27. BEST, N.R. Binding of Triated Yohimbine to Platelets in Women with Maternity Blues. *Psych. Med.* 1988; 18 (4): 837-42.
28. KUEVI, V.; CAUSON, R.; DIXSON, A. et al. Plasma Amine and Hormone Changes in Post-Partum Blues. *Clin. Endocrinology*, 1983; 19: 39-46.
29. HANDLEY, S.L. Mood Changes in Puerperium and Plasma Tryptophan and Cortisol Concentration. *Brit. Med.* 1977; 2: 18-22.
30. CLARE, A.W. Hormones, Behaviour and the Menstrual Cycle. *J. Psychosom. Research* 1985; 29 (3): 225-33.
31. MAJEWSKA, M. D.; FORD-RICE, F. e FALKAY, G. Pregnancy-Induced Alterations of GABA_A Receptor Sensitivity in Maternal Brain: an antecedent of Post-Partum Blues? *Brain Research* 1989; 482: 397-401.
32. GARNIER, J.P.; BOUSQUET, B.; DREAUX, C. et al. Modification des Taux de MHPG, VMA, 5-HIM Urinaires et de Tryptophane Plasmatique dans le Post-Partum Blues. *L'Encéphale* 1985; 11 (1): 35-7.
33. GEORGE, A.J. e WILSON, K.M. Monoamine Oxidase Activity and the Puerperal Blues Syndrome. *J. Psychosom. Research* 1981; 25 (5): 409-13.
34. SOULE, M. O Filho da Cabeça, O Filho Imaginário. In: Brazelton, T.B. e cols (eds.). *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
35. CONDON, J.T. e WATSON, T. L. The Maternity Blues: exploration of psychological hypothesis. *Acta Psychiatr. Scand* 1987; 76: 164-71.

36. KNIGHT, R.G. e THIRKETTLE, J.A. The Relationship between Expectations of Pregnancy and Birth, and Transient Depression in the Immediate Post-partum Period. *J. Psychosom. Research* 1987; 31 (3): 351-7.
37. BRUDAL, L.F. Paternity Blues and the Father-Child Relationship. In: Call, J.D.; Galenson, E. e Tyson, R.L. (eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York, Basic Books Inc., 1983: 382-94.
38. GUEDENEY, A.; CAMPBELL, S.B.; MARCUS, M. Post-Partum Blues et Émoussement Affectif. *Annales Médico Psychologiques* 1990; 149 (3): 240-3.
39. LANCIK, M.; BROWN, G.; STUMP, K. Post-Partum Blues: depressive disease of pseudoneurasthenic syndrome. *Journal of Affective Disorders* 1992; 25: 47-52.
40. BROCKINGTON, I. Maternity Blues and Post-Partum Euphoria. *Brit. J. Psychiatry* 1988; 152: 433-4.
41. LEVY, V. The Maternity Blues In Post-Partum and Post-Operative Women. *Brit. J. Psychiatry* 1987; 151: 368-72.
42. MURRAY, J.B. e GALLAHUE, S.L. Post-Partum Depression. *Genet. Soc. Gen. Psychol.-Monogr.* 1987; 113 (2): 193-212.
43. BROCKINGTON, I. Disorders Specific to the Puerperium. Scientific Group on Treatment of Psychiatric Disorders. Geneva, World Health Organization, 1989.

44. INWOOD, D.G. Postpartum Psychotic Disorders. In: Kaplan, H e Sadock, B. (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 5a.ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989: 852-8.
45. STEINER, M. Post-Partum Psychiatric Disorders. *Can. J. Psychiatry* 1990; 35: 89-95.
46. O'HARA, M.W.; REHM, L.P.; CAMPBELL, S.B. Prospective Study of Postpartum Blues. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 801-6.
47. KNIGHT, R.G. e THIRKETTLE, J.A. Anxiety and Depression in the Immediate Post-Partum Period: a controlled investigation of a primiparous sample. *Aust. N.Z.J. Psychiatry* 1986; 20: 430-6.
48. ILES, S.; GATH, D. e KENNERLEY, H. Maternity Blues: II. A Comparison Between Post-operative Women and Post-natal Women. *Brit. J. Psychiatry* 1989; 155: 363-6.
49. COX, J.L.; CONNOR, Y e KENDELL, R.E. Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. *Brit. J. Psychiatr.* 1982; 140: 111-7.
50. ROUILLON, F.; ELLIOT, S.; RUGG, A. et al. Folate and Post-partum depression. *Journal of Affective Disorders* 1992; 25: 235-42.