

Revisão da literatura

Transtornos psiquiátricos no pós-parto

Postpartum psychiatric disorders

AMAURY CANTILINO¹, CARLA FONSECA ZAMBALDI¹, EVERTON BOTELHO SOUGEY², JOEL RENNÓ JR.³

¹ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

² Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE.

³ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Recebido: 29/7/2009 – Aceito: 27/10/2009

Resumo

Objetivo: O pós-parto é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Essa é considerada a época mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. A disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido classicamente relacionadas ao pós-parto. Atualmente, tem sido observado que os transtornos ansiosos também estão associados a esse período. **Método:** Neste artigo é feita uma revisão da bibliografia acerca de transtornos psiquiátricos no pós-parto a partir de artigos encontrados no PubMed e no SciELO entre os anos de 2000 e 2009. Livros, teses e outros artigos considerados relevantes citados no material consultado também foram incluídos. **Resultados:** A disforia puerperal ocorre em 50% a 85% das mulheres, o quadro é leve e transitório e não requer tratamento. A depressão pós-parto tem prevalência em torno de 13%, pode causar repercussões negativas na interação mãe-bebê e em outros aspectos da vida da mulher e deve ser tratada. A psicose pós-parto é rara, aparecendo em cerca de 0,2% das puérperas. Tem quadro grave que envolve sintomas psicóticos e afetivos, havendo risco de suicídio e infanticídio e geralmente requerendo internação hospitalar. Os transtornos ansiosos podem ser exacerbados ou precipitados no pós-parto, especialmente o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo. **Conclusão:** Apesar de não serem reconhecidos como entidades diagnósticas pelos sistemas classificatórios atuais, os transtornos mentais no puerpério apresentam peculiaridades clínicas que merecem atenção por parte de clínicos e pesquisadores.

Cantilino A, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2010;37(6):278-84

Palavras-chave: Transtornos psiquiátricos, pós-parto, depressão, ansiedade, psicose.

Abstract

Objective: The postpartum period is marked by biological, psychological and social changes. Women are considered most susceptible to psychiatric disorders during the postpartum period. Puerperal blues, postpartum depression and postpartum psychosis have been classically associated to the postpartum. Anxiety disorders have also recently been associated to this period. **Method:** The present article reports a review of the literature on postpartum psychiatric disorders based on articles found on the PubMed and SciELO databases, published between 2000 and 2009. Relevant books, theses and other articles cited in the articles found were also included in this review. **Results:** Puerperal dysphoria occurs in 50% to 85% of women following childbirth and is typically mild and transient in nature and requires no treatment. Postpartum depression has a prevalence rate of around 13% and can have negative repercussions on mother-infant interaction and other life events and must therefore be treated. Postpartum psychosis is rare, occurring in approximately 0.2% of puerperium cases. This condition is severe with psychotic and affective symptoms as well as risk of suicide and infanticide. Postpartum psychosis patients generally require hospital treatment. Anxiety disorders may be exacerbated or precipitated during the postpartum, particularly generalized anxiety disorder, post-traumatic stress disorder and compulsive-obsessive disorder. **Discussion:** Although not recognized as distinct diagnostic entities under current classification systems, mental disorders during the puerperium present clinical features which warrant the attention of clinicians and researchers.

Cantilino A, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2010;37(6):278-84

Keywords: Psychiatric disorders, postpartum, depression, anxiety, psychosis.

Introdução

Transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo¹. Nos séculos XVII e XVIII, relatos de casos de “insanidade puerperal” começaram a aparecer na literatura médica francesa e alemã. Em 1818, Jean Esquirol foi o primeiro a fornecer dados detalhados e quantitativos de 92 casos de psicose puerperal retirados dos seus estudos na Salpêtrière. O médico francês Victor Louis Marcé, em 1856, sugeriu que mudanças fisiológicas associadas ao puerpério influenciavam o humor materno^{2,3}.

No puerpério, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal⁴⁻⁶, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. Além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais. No puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma

pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina⁷.

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos⁸. Apesar de não serem reconhecidas como entidades distintas nos sistemas classificatórios atuais, a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto. Atualmente, além dessas três categorias diagnósticas, os transtornos ansiosos no pós-parto também têm sido estudados.

Esta revisão procura fazer atualização sobre os transtornos psíquicos no pós-parto. Os artigos consultados para elaboração deste texto foram selecionados a partir de busca no Medline-PubMed e no SciELO. Foram utilizados e cruzados os descritores “*depression*”, “*anxiety*”, “*psychosis*” e “*psychiatric disorders*” com “*postpartum*” e “*postnatal*”, entre os anos 2000 e 2009. Livros, teses e outros artigos

considerados relevantes citados no material consultado também foram incluídos.

Disforia puerperal

Na década de 1960, pesquisadores descreveram uma condição chamada disforia puerperal (*maternity blues* ou *postpartum blues*). Eles observaram que, após alguns dias do parto, grande parte das mulheres apresentava choro com facilidade e que esse choro não tinha relação com sentimento de tristeza. Notaram que essas mulheres apresentavam empatia exacerbada e ficavam com sensibilidade excessiva à rejeição⁹⁻¹¹.

A disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados^{12,13}. Os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingem um pico no quarto ou quinto dia do pós-parto e remitem de forma espontânea em no máximo duas semanas¹³. Seu quadro inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. Algumas mulheres podem apresentar sentimentos de estranheza e despersonalização e outras podem apresentar elação. Mulheres com disforia pós-parto não necessitam de intervenção farmacológica. A abordagem é feita no sentido de manter suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê¹⁴⁻¹⁶.

Depressão pós-parto (DPP)

Apesar de a psicose pós-parto ser familiar à maioria dos clínicos já no final do século XIX, foi a partir da década de 1950 que começaram a aparecer estudos incluindo quadros moderados de transtornos do humor. Um dos primeiros estudos foi o realizado por Brice Pitt em 1968. Ele descreve o quadro clínico de 33 mulheres com depressão no pós-parto e propõe classificá-la como “depressão atípica”, por ter encontrado uma porcentagem delas com escores altos para neuroticismo¹⁷.

A maioria dos pesquisadores do assunto utiliza o termo depressão pós-parto (DPP) para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano¹⁸. Geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto¹⁹, ocorrem humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio.

No quadro clínico da depressão nessa época da vida são observadas algumas peculiaridades²⁰, dentre elas a alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos^{21,22} e obsessivo-compulsivos²³⁻²⁵, a menor incidência de suicídio²⁶ e a resposta terapêutica mais demo-

rada e requerendo mais de uma medicação²⁷. As mulheres com DPP têm mais chance de apresentar episódios depressivos posteriormente e principalmente novos episódios de DPP²⁸.

A prevalência da DPP varia entre 10% e 20%; essa taxa pode variar dependendo da cultura, do período e do método utilizado no diagnóstico¹⁹.

Dez estudos estimaram a prevalência da DPP no Brasil^{22,29-37}. Foram encontradas taxas de 7,2% a 43%. Essa grande variação, provavelmente, deve-se a fatores culturais e aos instrumentos utilizados para o diagnóstico. A maioria dos estudos utilizou a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), uma escala de rastreamento largamente encontrada em pesquisas de DPP. Esses dados são mostrados na tabela 1.

Os fatores de risco fortemente associados à DPP são história pessoal de depressão^{22,36,38,39}, episódio depressivo ou ansioso na gestação⁴⁰, eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso^{36,39}. Outros prováveis fatores de risco são história familiar de transtornos psiquiátricos e episódio de *maternity blues*^{38,40}, características de personalidade²⁸, padrões de cognição negativos⁴¹ e baixa autoestima⁴². Também estão associados complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, história de abuso sexual ou de relação conflituosa com a mãe e gravidez não desejada^{19,39,43}.

São considerados fatores de proteção o otimismo, elevada autoestima, boa relação conjugal, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade¹⁹.

A DPP pode causar significativas repercussões na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. Mães com DPP, quando comparadas às mães não deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas⁴⁴. Elas se expressam menos face a face⁴⁵ e são menos afetivas na interação com o bebê⁴⁶. Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente³⁹ e lidar com seus bebês de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhes faltarem habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações afetivas com suas crianças⁴⁷. Outro aspecto desse relacionamento diz respeito à amamentação, momento de forte interação e intimidade entre a mãe e o bebê. Um estudo brasileiro avaliou a associação entre depressão pós-parto e lactação. Foi uma coorte de 429 bebês acompanhados a partir do 20º dia de nascimento no Rio de Janeiro que observou um risco maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro e segundo meses após o parto para aquelas crianças cujas mães estavam deprimidas⁴⁸. Quando os sintomas depressivos já são intensos no início do período puerperal, parece haver chance ainda maior de suspensão do aleitamento⁴⁹.

Os bebês são vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe⁵⁰. Quanto mais grave e persistente for a

Tabela 1. Prevalência de depressão pós-parto no Brasil

Autores	Cidade	Prevalência (%)	Número de mulheres avaliadas	Período de avaliação (pós-parto)	Instrumento utilizado
Da-Silva <i>et al.</i> ³⁰	São Gonçalo – RJ	43	21	Até o 6º mês	EPDS > 12
Ruschi <i>et al.</i> ³⁴	Vitória – ES	39	292	31º ao 180º dia	EPDS > 11
Cruz <i>et al.</i> ³²	São Paulo – SP	37	70	12ª a 16ª semana	EPDS > 11
Tannous <i>et al.</i> ²⁹	Porto Alegre – RS	21	271	6ª a 8ª semana	EPDS > 12
Correia ³⁶	João Pessoa – PB	21	202	2ª semana ao 12ºmês	EPDS > 11
Moraes <i>et al.</i> ³³	Pelotas – RS	19	410	30º ao 45º dia	Escala de Depressão de Hamilton > 17
Faisal-Cury <i>et al.</i> ³⁵	São Paulo – SP	16	113	10º dia	<i>Beck Depression Inventory</i>
Cantilino <i>et al.</i> ³⁷	Recife – PE	16	120	2ª a 26ª semana	PDSS > 102
Santos <i>et al.</i> ³¹	Brasília – DF	13	236	6ª a 24ª semana	EPDS > 12
Cantilino ²²	Recife – PE	7,2	400	2ª a 26ª semana	SCID-I

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; PDSS: Postpartum Depression Screening Scale; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.

DPP materna, maior a chance de prejuízos na relação mãe-bebê e de repercussões no desenvolvimento da criança⁴⁵. Bebês de mães deprimidas quando comparados aos de não deprimidas exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm menor nível de atividade e menos vocalizações, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimentos, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade⁵¹. Os bebês se aconchegam pouco, têm pouca reciprocidade com suas mães e expressão emocional diminuída, são irritados e choram mais, têm mais problemas de alimentação e sono e menor desenvolvimento motor⁵². Estudos de *follow-up* com crianças de mães com DPP demonstram que essas crianças têm menos segurança afetiva⁵³, apresentam maior incidência de distraibilidade, alterações de comportamento, atraso no desenvolvimento cognitivo e transtornos afetivos⁵⁴⁻⁵⁷.

Estudos têm sugerido que a queda rápida dos hormônios gonadais que ocorre no pós-parto está implicada na exacerbação e precipitação dos transtornos de humor, pois o estrogênio e a progesterona estão associados à regulação de diversos sistemas de neurotransmissão, incluindo o serotonérgico⁵. Outros hormônios neuroreguladores também têm sido estudados, como prolactina, ocitocina, cortisol, hormônios tireoidianos, com resultados não conclusivos^{4,58}.

O uso de medicação antidepressiva é a primeira linha no tratamento. Apesar de poucos estudos avaliarem o uso de antidepressivos especificamente na DPP, eles têm se mostrado, na prática clínica, eficazes e essenciais no tratamento. Numa revisão sistemática, feita por Dennis e Stewart⁵⁹, havia três estudos abertos, com grupos pequenos e sem grupo de controle, que avaliavam eficácia da sertralina, fluoxamina e venlafaxina na DPP, e em todos eles foi observada melhora dos sintomas depressivos⁵⁹.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) também tem sido bastante avaliada em DPP. Em 1997, foi publicado o primeiro grande estudo nesse sentido. Oitenta e sete puérperas deprimidas foram separadas em quatro grupos que receberam: placebo, fluoxetina, TCC mais placebo e TCC mais fluoxetina. Observou-se que os grupos usando fluoxetina, TCC e fluoxetina mais TCC foram todos superiores ao que recebeu apenas placebo. Contudo, nenhum desses três grupos foi superior entre si⁶⁰. Sugere-se, assim, que a TCC pode ser tão eficaz quanto o antidepressivo, mas que a junção dos dois não oferece vantagem estatisticamente significativa. Foi isso que mostrou também outro estudo canadense, desta vez usando a paroxetina⁶¹. A TCC também parece ser eficaz na prevenção de DPP quando aplicada em grávidas com sintomatologia depressiva mais exuberante⁶².

Uma peculiaridade, nessa época da vida da mulher, é o aleitamento. A maioria das medicações é excretada no leite materno e, por questões éticas, não há estudos controlados avaliando a exposição do recém-nascido. Em geral, têm sido verificados poucos riscos e efeitos colaterais nos lactantes expostos a antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS)^{63,64}.

Psicose pós-parto

A psicose pós-parto é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério. Ela tem prevalência de 0,1% a 0,2% (sendo esse percentual maior em casos de mulheres bipolares)⁶⁵, usualmente é de início rápido e os sintomas se instalam já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto⁶⁶. Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorria, agitação e insônia⁶⁷. Aparecem, então, delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização.

O quadro psicótico no pós-parto é uma situação de risco para a ocorrência de infanticídio⁶⁸. Um estudo feito na Índia com mulheres internadas com quadros psicóticos no pós-parto revelou que 43% delas tinham ideias infanticidas⁶⁹. O infanticídio geralmente ocorre quando ideias delirantes envolvem o bebê, como ideias de que o bebê é defeituoso ou está morrendo, de que o bebê tem poderes especiais ou de que o bebê é um deus ou um demônio^{70,71}. Devem ser sempre

investigados nos quadros de psicose pós-parto comportamento negligente nos cuidados com o bebê e ideias suicidas e infanticidas⁶⁶.

Entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão a primiparidade, complicações obstétricas^{72,73} e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos⁷⁴.

Quanto ao prognóstico, observa-se que cerca de 20% têm remissão completa do quadro e não apresentam recorrências⁷⁵. Estudos sugerem que há recorrência de novo episódio de psicose pós-parto em 18% a 37% das mulheres e que pode haver episódio subsequente, fora do pós-parto, de algum transtorno psicótico ou afetivo em 38% a 81% das mulheres^{76,74}.

Como o quadro da psicose pós-parto é grave, geralmente é necessária internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos^{74,77}.

Transtornos ansiosos

O pós-parto tem sido identificado como um período de precipitação ou exacerbação dos transtornos ansiosos. Num recente estudo realizado em Recife, onde 400 puérperas foram entrevistadas com a MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)⁷⁸, foi observado que cerca de 30% delas apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Os mais prevalentes foram o transtorno de ansiedade generalizada (16,5%), a fobia social (11,2%) e o transtorno obsessivo-compulsivo (9,0%)²².

Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ainda tem sido pouco estudado no pós-parto. Em uma pesquisa nos Estados Unidos, 68 puérperas com oito semanas de pós-parto foram entrevistadas utilizando-se a SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders*) e foi observada taxa de prevalência de 4,4% de TAG⁷⁹. Outro estudo do mesmo grupo, usando metodologia semelhante, mas desta vez com 147 mulheres examinadas, encontrou prevalência de 8,2%⁸⁰. Parte considerável desses casos pode ser desencadeada especificamente no pós-parto. Um estudo australiano conduzido com 408 puérperas encontrou incidência de 1,9% a 3,1% nesse período, utilizando a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS)⁸¹. Sugere-se, inclusive, que eventualmente pode haver uma prevalência maior de TAG em puérperas do que na população geral⁸². O quadro clínico envolve a presença persistente de ansiedade ou preocupações excessivas. As preocupações envolvem diversos eventos e atividades de vida e são acompanhadas de sintomas como inquietação, fadigabilidade, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono⁸³. Um estudo mostrou que, somadas as taxas de TAG com critérios cheios e de TAG subsindrômica, se chega a percentagem de 32,3%⁷⁹. Desse modo, diferenças nas taxas de prevalência podem ser encontradas, dependendo do rigor na aferição dos critérios diagnósticos em diferentes instrumentos utilizados.

Fobia social

A fobia social no período perinatal também foi pouco estudada. Um estudo de prevalência de ponto na oitava semana de pós-parto estimou a taxa de fobia social entre 4,1% e 15,0%, dependendo do critério utilizado⁸⁰. No estudo realizado por Cantilino, a prevalência foi de 11,2%²². Esse dado nacional é compatível com o encontrado na literatura e mais um pouco acima do encontrado em contexto fora do pós-parto, como num estudo brasileiro que mostrou prevalência de 7,9%⁸⁴. É compreensível que o puerpério seja um agravante para as portadoras desse transtorno ou para mulheres com quadros subsindrômicos, já que nesse período elas têm de lidar com um aumento de contatos sociais. Profissionais de saúde diversos, familiares do parceiro e pessoas presentes em sua

residência para ajudar nos cuidados com o bebê são algumas das exposições que podem levar as mulheres a ficarem embaraçadas e temerosas de críticas.

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Há vários estudos retrospectivos que têm verificado que o puerpério é o principal evento de vida relacionado ao desencadeamento ou à exacerbação do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), provavelmente devido às alterações hormonais e psicossociais próprias desse período⁸⁵⁻⁸⁹. Mas ainda poucos estudos estimam a prevalência do TOC especificamente no pós-parto. Wenzel *et al.*⁹⁰, avaliando mulheres com oito semanas de pós-parto, encontrou prevalência de TOC em 2,6% delas⁹⁰.

No estudo de Cantilino, foi encontrada prevalência de 9%, e em 2,3% o TOC teve início no pós-parto²². Essa taxa foi considerada acima da esperada pelo pesquisador e um aspecto relacionado ao andamento da coleta de dados deve ser ressaltado: o projeto utilizou a mesma amostra de um outro intitulado “Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto”. Nesse outro projeto, houve a aplicação de um *checklist* para pesquisa de várias obsessões e compulsões. Isso pode ter sensibilizado tanto os entrevistadores como as puérperas quanto ao que estava sendo avaliado ao serem feitas as perguntas sobre TOC na MINI.

O conteúdo das obsessões e compulsões no pós-parto comumente envolve o bebê. São frequentes pensamentos obsessivos agressivos contra o recém-nascido, tais como medo de deixar o bebê cair no chão, impulso de jogar água fervendo sobre o bebê, de jogá-lo contra a parede, pensamento intrusivo de colocar o bebê no forno, imagens recorrentes do bebê morrendo sufocado no berço, sendo picado por insetos ou sofrendo um acidente ou sangrando^{91,92}. É necessário salientar que a ocorrência de pensamentos obsessivos agressivos contra o bebê não está relacionada com comportamentos infantilizadas. Pensamentos obsessivos são intrusivos, não reconhecidos como pensamentos que se esperaria ter, causam ansiedade e desconforto e a pessoa tenta resistir a eles, ignorá-los ou neutralizá-los.

Transtorno do pânico

O transtorno do pânico, ao longo da gravidez, tem seu curso variável, com alguns autores sugerindo uma diminuição dos seus sintomas, enquanto outros relatam que não há modificação⁹³. Durante o pós-parto, no entanto, não parece haver dúvida de que ocorre exacerbação dos sintomas do transtorno preexistente e também alta taxa de aparecimento dos sintomas pela primeira vez^{94,95}. Num estudo com a participação de 64 mulheres portadoras de transtorno do pânico, verificou-se que 10,9% delas tiveram o início da sintomatologia nas primeiras 12 semanas de pós-parto. Essa taxa é consideravelmente maior do que a esperada para um período outro qualquer de 12 semanas, cerca de 0,92%⁹⁶. Cantilino observou prevalência de 3,3%²². Admite-se que a maior emergência de crises de pânico durante o puerpério não seja simplesmente uma coincidência. Entre mulheres com história de transtorno do pânico anterior à gravidez, aumento significativo da gravidade ou da frequência dos ataques durante o pós-parto parece ser um achado consistente; isso tende a ocorrer em cerca de 31% a 63% dessas mulheres^{94,97}. Numa série de 22 casos de portadoras de transtorno do pânico estudadas prospectivamente, observou-se que a exacerbação de sintomas nesse período pode ocorrer mesmo naquelas mulheres que ficam livres de sintomas durante a gravidez. Algumas mulheres podem já apresentar certo aumento sintomatológico no final da gravidez. Uma vez que alterações fisiológicas associadas à gestação podem resultar em ocasionais taquicardias, sudorese, tonturas e encurtamento da capacidade para inspirar, elas podem interpretar esses sintomas de maneira catastrófica e ter crises de pânico completas ou incompletas⁹⁸.

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Apenas recentemente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido relacionado ao pós-parto. O DSM-IV define evento traumático como um “evento catastrófico envolvendo morte ou lesão real ou ameaçada, ou ameaça à integridade física de si mesma, sendo caracterizada por intenso medo, impotência ou horror”⁹⁹. Assim, advoga-se que partos em que a mulher vivencia situações como dor intensa e prolongada, procedimentos obstétricos de urgência, experiência de ter sido humilhada pela equipe médica, medo de morte ou morte do feto ou recém-nascido, percepção de anomalia congênita no bebê, entre outras, podem ser considerados fatores traumáticos que eventualmente podem desencadear o TEPT¹⁰⁰.

A prevalência relatada de TEPT causada por eventos do periparto varia de 1,5% a 5,6%^{22,101,102}. O pico de prevalência parece ocorrer na sexta semana de pós-parto, havendo uma diminuição das taxas ao longo dos cinco meses seguintes¹⁰¹. Os casos de TEPT no pós-parto obviamente não se devem exclusivamente a eventos relacionados ao periparto. Um estudo recente com puérperas pesquisou outros eventos de vida além dos eventos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério e observou que os primeiros pareciam ainda mais frequentemente relacionados aos sintomas¹⁰³. De qualquer modo, o TEPT no pós-parto pode afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê¹⁰⁴. Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores. Sugere-se que apareçam no Brasil estudos pesquisando o TEPT no pós-parto secundário a experiências de violência doméstica e também urbana durante a gravidez comparando-o com o ocorrido fora do período perinatal, já que a mulher tende a vivenciar esse período com mais vulnerabilidade emocional.

Perspectivas futuras

Os sistemas classificatórios atuais não distinguem os transtornos psiquiátricos no pós-parto. O 4º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) apenas recomenda o especificador “com início no pós-parto”, a ser utilizado quando o início dos sintomas ocorre dentro dessas quatro semanas após o parto⁹⁹, e a 10ª Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), no capítulo denominado “Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos”, codificada como F53, deve ser usada apenas para o transtorno iniciado dentro de seis semanas após o parto e quando se considera que aspectos clínicos adicionais especiais estão presentes, os quais fazem a classificação em outros locais inapropriada¹⁰⁵. O período de pós-parto para início do transtorno definido pelo DSM-IV e pela CID-10 não corresponde com o que tem sido descrito e estudado. Além disso, a não distinção dessas entidades nosológicas pode colaborar para a desatenção e o não reconhecimento pelos clínicos desses transtornos que apresentam peculiaridades clínicas. Por isso, há propostas de modificação nas classificações dos transtornos psiquiátricos no pós-parto para o DSM-V e a CID-11^{106,107}.

Satra Bruk, em uma conferência na Suécia em 1999¹⁰⁸, fez algumas sugestões quanto à revisão das classificações diagnósticas. Ela cita que: (a) Deveria ser introduzido um especificador “com início até três meses após o parto” que pudesse ser incluído a qualquer transtorno do humor, psicótico ou de ajustamento; (b) Deveria ser excluído o capítulo F53 (“Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outro local”) da próxima edição da CID; (c) No DSM, deveria ser incluída uma categoria diagnóstica de transtorno psicótico que apresentasse como sintomatologia: (c.1) quadro de início abrupto; (c.2) com dois ou mais dos seguintes: labilidade de humor, delírios não característicos de transtornos do humor ou esquizofrenia, flutuações rápidas, perplexidade, confusão, desorientação; (c.3) não preenche critérios para esquizofrenia, episódio depressivo ou maníaco; (d) Uma categoria diagnóstica de depressão subsindrômica deveria ser introduzida aos transtornos de humor, permitindo o especificador com início após o parto. Outra opinião

quanto aos sistemas classificatórios é a de Ian Brockington, que sugere que “transtorno da interação mãe-bebê” seja incluído como um diagnóstico específico. Ele justifica referindo que esse transtorno pode ocorrer desproporcionalmente ao quadro depressivo que esteja acometendo a mulher ou mesmo na ausência de depressão; ele tem uma etiologia específica, mais relacionada à gestação não desejada; e também tem consequências e tratamentos próprios¹⁰⁶.

A revisão dos sistemas classificatórios em psiquiatria, quanto aos transtornos psiquiátricos no pós-parto, pode chamar a atenção dos clínicos quanto ao reconhecimento de tal problema, levando a diagnósticos e tratamentos mais precisos. Além disso, colocaria a classificação nosográfica em harmonia com a pesquisa científica vigente.

Referências

- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662-73.
- Rehman AU, St Clair D, Platz C. Puerperal insanity in the 19th and 20th centuries. *Br J Psychiatry*. 1990;156:861-5.
- Nonacs R, Cohen LS. Postpartum psychiatric syndromes. In: Kaplan, Sadock's, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000, p. 1276-83.
- Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*. 1998;39(2):93-101.
- Glover V. Do biochemical factors play a part in postnatal depression? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1992;16(5):605-15.
- Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med*. 2008;358(1):55-68.
- Cavalcanti MC. Transtornos psiquiátricos associados à gravidez e ao puerpério. In: Remígio Neto J, Pinheiro LS, editores. *Temas de obstetria e ginecologia*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2001, p. 188-95.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662-73.
- Moloney J. Postpartum depression or third day depression following childbirth. *New Orleans Child Parent Digest*. 1952;6:20-32.
- Robin AA. The psychological changes of normal parturition. *Psychiatric Quart*. 1962;36:129-50.
- Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. “Postpartum blues” syndrome: a description and related variables. *Arch Gen Psychiatry*. 1968;18(1):16-27.
- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1856-63.
- Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guideline. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 2):34-40.
- Mello VL. Distúrbios psiquiátricos do pós-parto [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1987.
- Rohde LA, Busnelo E, Wolf A, Zolmer A, Shansis F, Martins S, et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95(3):231-5.
- Soares CN. Depressão puerperal, tensão pré-menstrual e depressão na menopausa. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas JR, Miguel EC, editores. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed; 2000, p. 144-6.
- Pitt B. “Atypical” depression following childbirth. *Br J Psychiatry*. 1968;114(516):1325-35.
- Beck CT, Driscoll JW. *Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide*. 1. ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2006.
- Pope S, Watts J, Evans S, McDonald S, Henderson J. Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999. *NHMRCC*. Canberra; 2000.
- Wiffen VE, Gotlib IH. Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functions. *J Cons Clin Psychol*. 1993;61(3):485-94.
- Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, Romach MK. Measurement issues in postpartum depression part I: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(1):51-7.
- Cantilino A. Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.
- Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord*. 1999;54(1-2):21-8.
- Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(3):176-80.
- Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Obsessive-compulsive symptoms in postpartum depression: case reports. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(2):155-8.
- Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):77-87.
- Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and non-postpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety*. 2000;11(2):66-72.
- Josefsson A, Larsson C, Sydsjö G, Nylander PO. Temperament and character in women with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(1):3-7.
- Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnelo ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008;8:1.
- Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31(6):799-804.
- Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 1999;26(2):32-40.
- Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
- Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. [Prevalence of postpartum depression and associated factors]. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):65-70.
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambó Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3):274-80.
- Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahlale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(2):123-31.
- Correia ALV. Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa – Paraíba. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); 2006.
- Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque A, Cantilino G, Sougey EB. Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression Screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*. 2007;44(4):672-85.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005;88(1):9-18.
- Righetti-Veltama M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 1998;49(3):167-80.
- Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):169-74.
- Church NF, Brechman-Toussaint ML, Hine DW. Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *J Affect Disord*. 2005;87(1):65-72.
- Evans J, Heron J, Lewis G, Araya R, Wolke D. Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2005;186:302-7.
- Moraes IGS, Pinheiro RTP, Silva RA, Horta RLH, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):65-70.
- Herrera E, Reissland N, Shepherd J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *J Affect Disord*. 2004;81(1):29-39.
- Stanley C, Murray L, Stein A. The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. *Dev Psychopathol*. 2004;16(1):1-18.
- Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol*. 2000;12(2):157-75.

47. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev.* 1991;62(5):918-29.
48. Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CV. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saude Publica.* 2008;24(Suppl 2):S341-52.
49. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *J Hum Lact.* 2005;21(4):444-9; quiz 50-4.
50. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo.* 2005; 10:47-55.
51. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Dir Child Dev.* 1986;(34):31-45.
52. Field T. Infants of depressed mothers. *Inf Behav Dev.* 1995;18:1-13.
53. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol.* 2004;16(2):231-52.
54. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *J Affect Disord.* 2007;97(1-3):145-54.
55. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(4):263-74.
56. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42(7):871-89.
57. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiatry.* 1998;172:58-63.
58. Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros JJ. [Oxytocin and maternal stress during the post-partum period]. *Ann Endocrinol (Paris).* 2006;67(3):214-23.
59. Dennis CE, Stewart DE. Treatment of postpartum depression, part I: a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(9):1242-51.
60. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ.* 1997;314(7085):932-6.
61. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(9):1236-41.
62. Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei Med J.* 2008;49(4):553-62.
63. Payne JL. Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. *Am J Psychiatry.* 2007;164(9):1329-32.
64. Gentile S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug Saf.* 2005;28(2):137-52.
65. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(11): 1284-92.
66. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Women's Health.* 2006;15(4):352-66.
67. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG.* 2008;115(3): 348-53.
68. Resnick PL. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry.* 1969;126:325-34.
69. Prabha CS, Gabesan V, Tinku T. Infanticide ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2002;90(7):457-61.
70. Brockington I, Cernik A, Schofield E, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal psychosis, phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38:829.
71. Wisner K, Peindl K, Hanusa B. Symptomatology of affective and psychosis illnesses related to childbearing. *J Affective Disord.* 1994;30:77-87.
72. Nager A, Sundquist K, Ramirez-Leon V, Johansson M. Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117(1):12-9.
73. Blackmore EM, Jones I, Monica D, Sayeed H, Roger H, Brockington I, et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry.* 2006;188(1):32-6.
74. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:1284-92.
75. Pfuhlmann B, Stoeber G, Beckamann H. Postpartum psychosis: prognosis, risk factors, and treatment. *Curr Psychiatr Rep.* 2002;4(3):185-90.
76. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br J Psychiatry.* 2005;186:258-9.
77. Sharma V. Pharmacotherapy of postpartum psychosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2003;4(10):1651-8.
78. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22-33; quiz 4-57.
79. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(1):43-9.
80. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord.* 2005;19(3): 295-311.
81. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord.* 2003;74(2):139-47.
82. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8): 1285-98.
83. American-Psychiatric-Association. DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Association AP, editor. Porto Alegre: Artmed; 2002.
84. Rocha FL, Vorraro CM, Uchoa E, Lima-Costa MF. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(3):222-4.
85. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(1):132-8.
86. Lanbad J, Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(4):428-35.
87. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res.* 1999;89(1):49-58.
88. Altschuler LL, Burt VK, McMullen M, Hendrick V. Breastfeeding and sertraline: a 24-hour analysis. *J Clin Psychiatry.* 1995;56(6):243-5.
89. Williams K, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and premenstruum. *J Clin Psychiatry.* 1997;7:330-4.
90. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Women Ment Health.* 2003;6(1):43-9.
91. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Albuquerque TLC, Paes J, Souggy EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry.* 2009;50(6):503-9. Epub 2009 Jan 20.
92. Zambaldi CF. Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008; p. 85.
93. Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Ruther E. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *Eur Psychiatry.* 2006;21(7):495-500.
94. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(7): 289-92.
95. Metz A, Sichel DA, Goff DC. Postpartum panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 1988;49(7):278-9.
96. Sholomskas DE, Wickamaratne PJ, Dogolo L, O'Brien DW, Leaf PJ, Woods SW. Postpartum onset of panic disorder: a coincidental event? *J Clin Psychiatry.* 1993;54(12):476-80.
97. Northcott CJ, Stein MB. Panic disorder in pregnancy. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(12):539-42.
98. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *J Affect Disord.* 1996;41(3):173-80.
99. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revised, DSM-IV TR. 4th edn. Washington; 2000.

100. Soderquist J, Wijma B, Thobert G, Wiljma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116:672-80.
101. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001;28(2):111-8.
102. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-11.
103. Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004;13(3):315-24.
104. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ*. 1997;156(6):831-5.
105. Organização Mundial de Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
106. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*. 2004;3(2):89-95.
107. Cox J. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*. 2004;3(2):96-7.
108. Elliott SA. Report on the Satra Bruk workshop on the classification of postnatal mental disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2000;3:27-33.