



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

EVELYN ABREU DE AMORIM

Depressão pós-parto: Impactos na relação familiar

Rio de Janeiro

2018

Evelyn Abreu de Amorim

Depressão pós-parto: Impactos na relação familiar

Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Orientador: Flávio Henrique Marcolino da Paixão

Rio de Janeiro

2018

*Dedico este trabalho à todas e todos; à mim; ao
mundo.*

Agradecimentos

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pela incrível oportunidade de aprendizado.

Agradeço à professora Flávia Mendonça pelas aulas incríveis que auxiliaram a preparação e realização da monografia.

Agradeço ao meu orientador Flávio Paixão, pois ajudaram a construir minha monografia, me dando apoio e ideias.

Agradeço aos membros da banca avaliadora, por terem aceitado o convite e, principalmente, pelas críticas que ajudaram a melhorar e construir o trabalho.

Agradeço ao CNPq por viabilizar financeiramente este estudo.

Agradeço aos meus pais, Carlos e Vanuza, à minha irmã Emanuelle e à minha madrinha Marcilene pela força e carinho nessa jornada.

Agradeço ao meu namorado Jhonata, que sempre esteve me apoiando, me auxiliando e dando suporte e tranquilidade nos momentos difíceis.

Agradeço aos meus sogros Maria e Paulo, à minha cunhada Ana Paula e aos meus amigos do “Clã” e à todos os outros que, assim como os citados, me apoiaram e me ajudaram em todas as situações.

*"(...) por mais
que tenhamos
ensaiado nossa fala
e estejamos
preparados para a
melhor cena, nos
bastidores do
universo alguém
troca nosso papel de
última hora,
tornando
surpreendente a
nossa vida."*

***Martha
Medeiros
("Enquanto isso,
nos bastidores do
universo")***

RESUMO

Este projeto tem como objetivo estudar e compreender a depressão pós-parto, doença pouco conhecida pela população que afeta psicologicamente mulheres e homens no período após o nascimento da criança e suas consequências nos relacionamentos afetivos e na saúde de quem a sofre dessa patologia. Enquanto metodologia, foi realizada uma revisão de literatura científica mais recente em bases de pesquisa como Scielo, UpToDate, PubMed e Google Acadêmico. Os principais fatores de risco, no caso da depressão pós-parto materna são: histórico de depressão/ansiedade, incapacidade de amamentação, gravidez não desejada, conflitos nas relações próximas, entre outros. Na depressão pós-parto paterna, os fatores de risco são relacionados ao alto nível de estresse, à dificuldade de criar vínculo com o bebê, pois trabalha muito não tem tempo para tal, e, principalmente, à existência e intensidade de DPP na parceira. As principais consequências para a criança são: apatia, irritabilidade e maior probabilidade de desenvolver depressão, quando forem adultos, e desordem emocional/comportamental. Na relação conjugal diversos desentendimentos e até mesmo divórcio podem ocorrer durante a depressão pós-parto e, pela falta de apoio que se instalará entre o casal, a possibilidade de piora da doença também é comum. A depressão pós-parto atinge ao menos 25% das mulheres e entre 11,93% e 25,4% de homens somente no Brasil. Considera-se relevante a produção de conhecimento sobre esse tema pelos impactos e pelo alto número de pessoas vulneráveis pela interseção de fatores de risco cientificamente relatados ao qual a população se apresenta exposta.

Palavras-chave: depressão pós-parto; saúde mental na maternidade; saúde mental na paternidade.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Definição, causas e sintomas da depressão pós-parto.....	10
3. Impactos na relação familiar	12
4. Diagnósticos e tratamentos.....	14
Considerações finais	16
Referências bibliográficas	17
Anexo A – Questionário traduzido da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo:	20
Anexo B – Questionário traduzido da Escala de Classificação de Depressão de Montgomery e Asberg:	22
Anexo C – Questionário traduzido da Escala de classificação de depressão de Hamilton:	25

1. INTRODUÇÃO

Atualmente doenças que afetam a saúde mental estão mais recorrentes ao redor do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017). Isso pode ser visto como uma consequência do conjunto de pressões diárias pelo qual o ser humano é condicionado regularmente, sendo ele motivado por cobranças em ambientes de trabalho ou escolar, desentendimentos no âmbito familiar, problemas financeiros, entre outros diversos fatores (JOCA; PADOVAN; GUIMARÃES, 2003).

A pesquisa sobre doenças como a depressão e ansiedade na internet cresceu em quantidade e¹ tal aumento nas buscas pode estar relacionado à maior divulgação das mesmas, como por exemplo, o “Setembro amarelo”, que é o mês de conscientização da prevenção ao suicídio, no qual pessoas, principalmente por meio das redes sociais, fazem campanhas para conscientizar às outras dos sintomas de doenças como a depressão e ansiedade.

Definida pela psiquiatria como um transtorno, a depressão é uma das doenças que mais afetam a população e um dos principais fatores que pode levar alguém a cometer suicídio. Campanhas de conscientização também divulgam tipos de ajuda que se pode oferecer a quem está nessa situação (CHACHAMOVICH et al., 2009).

No entanto, ainda que hoje haja mais divulgação e campanhas de prevenção da depressão, pouco se aborda sobre um dos tipos de depressão existentes: a depressão pós-parto, doença que acomete mulheres e homens no período pós-parto.

A depressão pós-parto pode ter seus sintomas confundidos com o *baby blues*, também chamada de “tristeza pós-parto”, que tem como principal característica os sentimentos de angústia, tristeza e também choros constantes, o que é normal após o nascimento do bebê. Estima-se que, somente no Brasil, 50% a 80% das mães sofram de tristeza pós-parto (DE BRUM; SCHERMANN, 2006).

Com a idealização do período gestacional e o nascimento do bebê esperado, com base na cultura local, tende-se a esperar que ambas as situações sejam estáveis (AZEVEDO; ARRAIS, 2006), porém, a realidade que engloba esses momentos é diferente. No início da gestação, ocorrem mudanças no corpo feminino como aparecimento de estrias e manchas por causa de variações hormonais, contribuindo para a baixa autoestima e sentimentos

¹ Fonte: busca das palavras “depressão”

(<https://trends.google.com.br/trends/explore?cat=640&date=today%205-y&geo=BR&q=depress%C3%A3o> <Acesso em 25/11/2018 às 13:17>) e “ansiedade”

(<https://trends.google.com.br/trends/explore?cat=640&date=today%205-y&geo=BR&q=%2Fm%2F02bft> <Acesso em 25/11/2018 às 13:19>) no site “Google Trends - Explorar”

depreciativos, conseqüentemente fazendo com que a mulher se sinta insegura consigo mesma e/ou com seu/sua companheiro(a) (DA SILVA; MEJIA, [s.d.]; BARRETO; URASAKI, [s.d.]). Outro momento onde existe uma quebra de expectativa é o período pós-parto, no qual a mulher e o homem, além de terem muitas visitas de parentes e conhecidos que querem ver o bebê durante os dias, têm privação de sono, pois necessitam acordar diversas vezes durante a noite para amamentar, conseqüentemente, gerando estresse. Toda a exaustão sofrida pode interferir diretamente na qualidade de vida e causar muitos problemas na relação conjugal, como distanciamento entre o casal (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

Começa a haver uma grande preocupação quando os sintomas do *baby blues*, que geralmente passam em duas semanas após o parto, se prolongam demais e há o sentimento de incapacidade, juntamente com os seguintes sintomas: fadiga, episódios depressivos, isolamento, insônia ou sono excessivo, falta ou aumento de apetite, impulsos suicidas e rejeição a seu próprio filho (DE BRUM; SCHERMANN, 2006).

Estudos são necessários para uma maior compreensão e conhecimento da depressão pós-parto que, mesmo afetando muitas mulheres e homens, não é muito divulgada (MONTEIRO et al., 2018). Portanto, a mesma pode ser, em muitos dos casos, desconsiderada e não tratada por causa da escassez de informações. Essa doença merece visibilidade e ênfase, pois é muito negligenciada, mesmo sendo uma questão de saúde pública e gerando inúmeras conseqüências e perdas.

No trabalho será realizado um estudo cujo objetivo geral é a compreensão da depressão pós-parto e seu reflexo no âmbito familiar. E objetivos específicos sendo suas causas e sintomas, diagnósticos e tratamentos da doença e, principalmente, seus impactos na relação familiar, tanto dos pais com o bebê quanto conjugal.

Será baseado em pesquisa qualitativa e usará como estratégias de pesquisa a revisão da literatura por meio da busca nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e PubMed tendo como referência os descritores “Depressão pós-parto materna”, “Depressão pós-parto paterna”, “Saúde mental na maternidade” e “Saúde mental na paternidade”.

O mesmo será dividido em quatro títulos, além da “Introdução” e “Referências bibliográficas” e “Considerações finais”.

Os capítulos que são baseados na revisão de literatura serão divididos da seguinte forma: No primeiro capítulo será abordada a definição da depressão pós-parto, suas causas e sintomas. No segundo, serão apresentados como os diagnósticos são feitos e os tratamentos existentes.

Por último, o foco do terceiro capítulo será a forma que a DPP afeta a relação com o bebê e a relação conjugal.

2. DEFINIÇÃO, CAUSAS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Sentimentos e emoções são naturais do ser humano, assim como a tristeza, que é simplesmente uma reação do corpo diante à perda e sofrimento, seja emocional, físico ou material. Uma vez que esse sentimento pode ser necessário para que posteriormente haja um equilíbrio emocional, o mesmo é tratado com normalidade perante a sociedade e não há necessidade de intervenção médica ou psicológica (TELES, 1992).

Podendo ser similar à sensação de tristeza em alguns aspectos, a depressão é considerada um distúrbio psicológico na qual a pessoa se sente triste, desesperançosa, tem baixa autoestima e o interesse diminuído. Tal distúrbio precisa ser tratado com auxílio de profissionais, pois pode ocasionar lamentáveis fatos como o suicídio, que em 2015 liderou a lista de principais causas de morte, representando 1,5% de mortes ocorridas ao redor do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017). De acordo com o boletim divulgado pelo Ministério da Saúde (2017), somente no Brasil são registradas, em média, 11.000 mortes por suicídio por ano.

A depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas pelo mundo, sendo mais frequente em mulheres, com idade de 55 a 74 anos, do que homens. Crianças e adolescentes também são passíveis de serem acometidas por essa doença. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (2017) afirma que esse número é menor quando comparado com os outros grupos.

De acordo com Teles (1992) os profissionais da área da saúde mental têm maneiras diferentes de definir a depressão. Médicos definem-na como um transtorno de humor e que a síndrome é causada por alterações em neurotransmissores, principalmente a dopamina e serotonina, que, conseqüentemente, gera problemas comportamentais. Por outra via, os psicólogos definem que a depressão é causada por fatores emocionais/inconscientes que causam ansiedade e, conseqüentemente, a doença. Por mais que não se saiba ao certo como a doença se inicia, – se as modificações bioquímicas causam problemas emocionais ou se ocorre o contrário – não discorda-se que a depressão é uma doença orgânica, ou seja, física. (TELES, 1992).

Independente da definição dada para a depressão, existem diversas subclassificações, cada uma tendo características específicas, como por exemplo: a depressão grave, depressão bipolar, depressão cíclica, desvio funcional depressivo, depressão crônica, depressão vital, depressão anaclítica e depressão involutiva (TELES, 1992).

Além dos oito tipos citados acima, há uma outra subclassificação que ocorre no período puerperal, denominada depressão pós-parto. Tal doença é considerada um transtorno psiquiátrico pós-parto, assim como a tristeza pós-parto e a psicose pós-parto.

A tristeza pós-parto (também conhecida como *baby/maternity blues*, *blues* puerperal e disforia puerperal) é considerada um período normal, que é ocasionado pelas mudanças súbitas nos níveis hormonais femininos durante o parto, no qual se sente angústia, tristeza e constantes crises de choro. No Brasil, 50% a 80% das mulheres passam por esse estágio após o parto (DE BRUM; SCHERMANN, 2006).

Já a psicose pós-parto é um transtorno incomum no qual se apresenta alucinações, delírios, confusão mental, entre outros sintomas. Um caso que ficou famoso foi o da estadunidense Cindy Wachenheim, em 2014². Seus sintomas foram aparecendo por volta de quatro meses após o parto. Ela achava que tinha causado alguma lesão cerebral irreversível ao filho e, mesmo com os médicos contrariando-a, sua ideia persistiu até que, depois de seis meses, pulou do 8º andar de seu prédio junto com seu bebê, que sobreviveu.

Por fim, existe a depressão pós-parto (DPP), que afeta cerca de 25% das mães, somente no Brasil (MONTEIRO et al., 2018). Seus sintomas são similares à tristeza pós-parto, porém, os mesmos prolongam-se por mais de quatro semanas, que é o período médio de duração do *baby blues*, e apresenta: episódios depressivos, sensação de não ser capaz de criar e/ou proteger o bebê, isolamento, baixa autoestima, alta irritabilidade, insônia ou sono excessivo, falta ou aumento de apetite, rejeição à sua própria cria, impulsos e pensamentos suicidas (DE BRUM; SCHERMANN, 2006).

A depressão pós-parto materna tem inúmeros fatores preditivos e os mesmos podem ser de ordem biológica ou social. E para seu desenvolvimento, alguns fatores de risco são considerados mais promissores. A baixa renda, por exemplo, é um grande fator de risco, pois um nível de estresse altíssimo sucede da dificuldade financeira, que engloba temas como má moradia, falta de recursos e direitos básicos do ser humano, como o direito à saúde, transporte, educação e alimentação (Segre et al., 2007).

Quelopana, Rubion e Jubilar (2011) definem, em seu estudo, que o histórico de depressão e/ou ansiedade é um grande fator de risco para que a depressão pós-parto se manifeste.

² Fonte: Jornal *The New York Times* (<https://www.nytimes.com/2014/06/17/health/maternal-mental-illness-can-arrive-months-after-baby.html> <Acesso em 26/11/2018 às 21:48>)

Fatores relacionados à incapacidade de amamentação e/ou o desmame precoce e estado de saúde do bebê são notáveis aspectos para a apresentação da depressão pós-parto, pois pode haver a auto culpabilidade por parte do responsável, caso a criança esteja com alguma enfermidade (BOTTINO, 2011).

Uma gravidez não desejada, conflitos nas relações próximas, principalmente com o cônjuge, baixa escolaridade e a tentativa falha de interromper a gravidez são outros fatores preditivos muito importantes, de acordo com Moraes (2006).

Por ser tratada como uma doença quase que exclusiva feminina, não existem muitos estudos sobre o outro tipo de DPP: a paterna (também conhecida como depressão perinatal paterna), tem prevalência variante entre 11,9% e 25,4% de pais no Brasil e costuma se desenvolver nos 3 a 6 meses após o nascimento da criança (BRITES, 2016; FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012).

Os projetos existentes sobre a DPP paterna definem-na como uma desordem psicológica que ocorre pelo alto índice de estresse sofrido no período pós-parto, no qual tanto a mulher quanto o homem necessitam ajustar suas rotinas para cuidar daquele novo ser. (BRITES, 2016)

A mesma se desenvolve por fatores ligados à sobrecarga que o mesmo sofre por ser, culturalmente, o responsável pelo sustento da família; à exclusão do homem na relação mãe-bebê e dificuldade de criar um vínculo com seu filho; à exaustão causada pela mudança na rotina, por exemplo o ciclo de sono que passa a ser bem menor, pois o bebê costuma acordar diversas vezes durante a noite, impedindo um descanso completo e à diminuição de relações sexuais entre o casal. Todos esses fatores geram um alto índice de estresse e podem causar, no homem, uma maior irritabilidade, comportamentos agressivos, aumento no consumo de álcool e até mesmo o uso de drogas (BRITES, 2016; FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012).

Estudos indicam que a presença e intensidade da DPP na parceira influenciam no desenvolvimento da mesma doença no homem, o que pode causar problemas tanto nas relações interconjugais quanto no desenvolvimento do próprio bebê, uma vez que pessoas com DPP tendem a ter mais dificuldade em manter uma relação afetuosa (FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012).

3. IMPACTOS NA RELAÇÃO FAMILIAR

A dificuldade de criar vínculo com o bebê, o que acontece na depressão pós-parto, é um grande fator para complicações psicossociais na criança, uma vez que a mãe não responde prontamente às necessidades fisiológicas e emocionais.

Em casos de uma maternidade com condições normais, a relação entre mãe-bebê é uma forte relação criada ainda durante a gravidez baseada em preocupação e muitas interações alegres com a criança. Tais interações, como sorrir e conversar, fazem com que o bebê reproduza e, posteriormente, aprenda a rir e sorrir. Essas atitudes ocorrem por causa de neurônios, chamados neurônios-espelho, que são responsáveis pela percepção e reconhecimento de ações humanas e fazem com que, quando mais velhos, o ser humano seja capaz de ser empático e compreensivo. No bebê, esses neurônios atuam de forma que eles consigam imitar o que estão percebendo (MAGNO, 2007; SANTOS; SERRALHA, 2015).

Logo, a falta do elo entre a mãe e seu filho faz com que o mesmo não reproduza atitudes como essas e, assim, desista de se comunicar, enviar sinais emocionais à mãe (já que ela não responde prontamente a eles), a ter uma maior irritabilidade e choro (o que pode piorar o estado da saúde mental da mulher), e tendem a serem apáticas, desencadearem depressão, quando adultas, e a desenvolverem desordem de comportamento e emocional 29% a mais do que crianças filhas de mães que não têm DPP. (SANTOS; SERRALHA, 2015).

Além de problemas no desenvolvimento após o nascimento, há também questões que envolvem adversidades no desenvolvimento intrauterino, pois sentimentos e emoções negativas podem causar alterações fisiológicas e emocionais na criança. Como por exemplo o estresse, que endurece a artéria uterina e faz com que menos nutrientes sejam levados ao feto, portanto tendo menor desenvolvimento que normalmente (LORETO, 2008).

Estudos afirmam que o papel masculino nesse tipo relação, na qual a mulher sofre de DPP, é fundamental, pois o homem pode suprir as necessidades de atendimento da criança, podendo impedir o processo de desistência do filho. O pai também pode ajudar à mãe em questões que ela sente dificuldade, talvez impedindo ela de desistir de criar o afeto e estimulando-a a se envolver mais com a criança. Esses comportamentos provenientes do companheiro podem até mesmo diminuir o nível de depressão pós-parto, ainda mais quando o mesmo tem conhecimento da doença (SILVA; PICCININI, 2011).

Porém, por o homem ser, culturalmente, colocado na situação de provedor da casa e poucas vezes toma frente de situações como essa, o relacionamento entre a mãe e filho continua extremamente complicado, podendo ocasionar o distanciamento entre o casal (FALCETO; FERNANDES; KERBER, 2012).

Por esse fator cultural, o homem poucas vezes auxilia a mulher em tarefas domésticas e nem dá atenção à mesma, propiciando cada vez mais o surgimento ou piora da depressão pós-

parto. Porém também deve-se considerar a possibilidade do mesmo estar sofrendo da doença e por isso não prestar ajuda.

O relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto costuma ser conturbado e desequilibrado. Pois, normalmente, são épocas em que a mulher está com os hormônios instáveis e isso reflete em suas atitudes. Nas mesmas épocas, pode ser que o homem também esteja com suas emoções instáveis, pois como a mulher está direcionando quase toda sua atenção para o bebê, o homem tende a sentir ciúmes e se sentir excluído (HOLLIST et al., 2016).

Logo, todos os fatores colaboram para diversos desentendimentos entre o casal, podendo causar o surgimento da depressão pós-parto e, caso a mesma já esteja instalada, o aumento do nível da mesma. Também há a possibilidade de divórcio, no entanto, muitos desistem dessa ideia por medo de criar o filho sozinho, aumentando ainda mais os sintomas da DPP e, pela falta de apoio familiar, dificultando seu diagnóstico e posterior tratamento (HOLLIST et al., 2016).

4. DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

Por, culturalmente, o homem ser visto como forte, físico e psicologicamente, e desde pequenos são ensinados a “serem homens”, o que se caracteriza, basicamente, a jamais demonstrar fraqueza e expressar sentimentos. O simples fato de um menino ser sempre ensinado que não pode chorar por que “tem que ser homem” contribui para um futuro adulto que, mesmo precisando de auxílio psicológico, não demonstra e, por tais ensinamentos estarem tão enraizados, não procura ajuda, nem mesmo de pessoas próximas (SILVA, 2012).

Já a mulher, culturalmente, é uma pessoa sensível, compreensiva e tudo isso colabora para que não haja muitos bloqueios emocionais e a mesma possa se expressar livremente. O que facilita a abordagem sobre assuntos emocionais (SILVA, 2012).

No entanto, mesmo havendo tais diferenças estabelecidas entre homens e mulheres, a detecção da depressão pós-parto é complexa em ambos os casos por ser uma doença que afeta psicológica e emocionalmente, além de ser diretamente relacionada com a maternidade e paternidade.

Um estudo realizado em 2004 por Parvin, Jones e Hull indicou que os papéis de gênero da cultura na qual a pessoa está inserida é um fator que pode dificultar ainda mais o processo de procura por ajuda. Uma vez que, por exemplo, as culturas coreana, africana e bangladeshiana consideram que a maternidade significa o início de um duro trabalho e muita responsabilidade

e todo o estresse e angústia que acompanham são normais. Tais afirmações fazem com que as mulheres se sintam incapacitadas de informar a alguém o que estão sentindo por terem medo de que sejam consideradas inabilitadas de desempenhar o papel de mãe.

Dennis e Chung-Lee (2006) afirmam que o apoio familiar e de amigos é essencial para a decisão de realizar tratamentos, pois caso a pessoa tenha o apoio familiar, será mais fácil que ela concorde em procurar auxílio. O mesmo estudo afirma que a educação sobre a depressão pós-parto é um grande facilitador de procura por auxílio médico. Além disso, uma relação não somente profissional, entre a mulher e seu obstetra facilita a detecção precoce da DPP materna, pois, como há uma relação mais íntima, a confiança se estabelece e então a mulher se sente segura para expressar seus sentimentos e pensamentos. No entanto, por algumas mulheres não retornarem às consultas obstétricas após o parto, a realização do diagnóstico pelo profissional é impossível, conseqüentemente, impedindo que o mesmo consiga realizar o diagnóstico e tomar devidas providências (CORRÊA et al., 2017).

A detecção da possibilidade de depressão pós-parto pode ser facilmente feita por qualquer profissional que deseje rastrear pessoas nessas condições a partir da utilização de algumas escalas, como a “Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (*Edinburg Post-partum Depression Scale/EPDS*)”, “Escala de classificação de depressão Montgomery e Asberg (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale/MADRS*)” e “Escala de classificação de depressão de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale/HDRT ou HAM-D*).

A Escala de Edimburgo é a única, dentre as três citadas, que foi especificamente formulada para a depressão pós-parto materna e é utilizada também para tentar diagnosticar a depressão pós-parto paterna. No entanto, o fato não impossibilita a utilização das demais para o diagnóstico da mesma, uma vez que podem ser usadas da mesma forma que a de Edimburgo que é feita com base no sentimento do paciente nos últimos sete dias.

As escalas são formadas por perguntas e alternativas com pontuações que, após somadas, indicam a probabilidade de existência da depressão, porém sua gravidade deverá ser diagnosticada por um profissional da área da saúde mental.

Logo após a utilização da escala, caso seja detectada uma possível depressão pós-parto, o (a) paciente deverá ser encaminhado (a) para um profissional adequado para realizar a intervenção apropriada, uma vez que a escala não substitui a avaliação clínica (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1978).

No caso do encaminhamento para o psiquiatra, há uma constante relutância no uso de antidepressivos, que é o medicamento mais comum no tratamento de diagnósticos de depressão,

por medo dos potenciais efeitos colaterais, como a dependência, e, no caso das mulheres, há a preocupação com a possibilidade de transmissão do medicamento para a criança através da amamentação e, além disso, há uma forte relutância em parar de amamentar, por medo de perderem esse vínculo (quando conseguem criá-lo). Logo, o tratamento sem utilização de medicamentos é o preferido e, portanto, recorrem à psicoterapia, pois a oportunidade de falar livremente com alguém que entende afundo o assunto sobre tais sentimentos, sem questionamentos e julgamentos e terem a segurança de que eles não são os únicos que passam por isso, que não estão sozinhos (DENNIS; CHUNG-LEE, 2006; MAGALHÃES et al., 2006).

No entanto, a popularidade desses dois tipos de tratamento não exclui a possibilidade de existência de outros. Caso não seja necessário um acompanhamento médico exclusivo, o aconselhamento de casal, técnicas de relaxamento e atividade física são possíveis intervenções que podem ter grande efeito como tratamento da depressão pós-parto, de acordo com Dennis e Chung-Lee (2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo compreende-se que a depressão pós-parto, doença que afeta mulheres e homens no período pós-parto, é comum em todo o mundo e que a cultura na qual as pessoas estão inseridas é um grande fator para diagnóstico e tratamento, que são realizados de formas difíceis, uma vez que a maternidade e paternidade são consideradas fases felizes e que toda e qualquer dificuldade passada durante tal fase é normal.

Portanto geralmente não há apoio familiar para a procura de ajuda profissional, acentuando cada vez mais os sintomas e consequências da depressão pós-parto, que pode ser problemas tanto em relações conjugais, que é um grande fator de desentendimentos e até mesmo divórcios, quanto entre pais-bebê, podendo causar diversos problemas de desenvolvimento da criança e aumento de possibilidade de problemas futuros.

Deve-se destacar a existência da depressão pós-parto paterna, que tem seus sintomas similar à depressão comum e à DPP materna, porém com pouquíssimo conteúdo sobre, o que destaca o descaso com tal doença.

Considerando a falta de materiais que destaquem assuntos dentro desse amplo tema, é de extrema importância a continuidade de projetos e trabalhos sobre esse tema para que, futuramente, crie-se programas de diagnóstico e tratamento específicos sobre essa doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. DA R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, n. 2, p. 269–276, 2006.
- BARRETO, C. P.; URASAKI, M. B. Implicações das Alterações Fisiológicas da Pele na Gestação. [s.d.].
- BOTTINO, M. Aspectos Evolutivos da Depressão Pós-Parto e Fatores Associados. p. 81, 2011.
- BRITES, T. J. DA C. Depressão Pós-Parto Paterna: Família em Risco.pdf. p. 57, 2016.
- CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? 2009.
- CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 06, p. 782–786, jun. 1987
- DA SILVA, N. C.; MEJIA, D. P. M. A utilização de recursos estéticos durante a gravidez. [s.d.].
- DE BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico**, v. 37, n. 2, 2006.
- DENNIS, C.-L.; CHUNG-LEE, L. Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. **Birth**, v. 33, n. 4, p. 323–331, dez. 2006.
- DENNIS, C.-L.; CHUNG-LEE, L. Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. **Birth**, v. 33, n. 4, p. 323–331, dez. 2006.
- FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L.; KERBER, S. R. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 7, p. 293–295, jul. 2012.
- HOLLIST, C. S. et al. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1, 26 abr. 2016.
- JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo Stress, depression and the hippocampus. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 25, n. Supl II, p. 46–51, 2003.

JORNAL ESTADUNIDENSE *THE NEW YORK TIMES*

(<https://www.nytimes.com/2014/06/17/health/maternal-mental-illness-can-arrive-months-after-baby.html> <Acesso em 07/12/2018>)

LORETO, V. Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MAGALHÃES, P. V. DA S. et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 5, p. 245–248, 2006.

MAGNO, M. D. Neurônios-espelho: o Revirão no cérebro. p. 13, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.pdf. v. 48, p. 14, 2017.

MONTEIRO, K. A. et al. Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 379–388, 2018.

MONTGOMERY, S. A.; ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. **The British Journal of Psychiatry**, v. 134, n. 4, p. 382–389, 1 abr. 1979.

MORAES, I. G. DA S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas globais de saúde. 2017.

PARVIN, A.; JONES, C. E.; HULL, S. A. Experiences and understandings of social and emotional distress in the postnatal period among Bangladeshi women living in Tower Hamlets. *Fam Pract* 2004;21(3):254–260.

QUELOPANA, A. M., CHAMPION, J. D. & RUBILAR, T. R. (2011). Factors associated with postpartum depression in Chilean women. **Health Care Women International Journal**, 32, 939-49.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p. 215–225, 2011.

SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. p. 22, 2015.

SEGRE, L. S.; O'HARA, M. W.; ARNDT, S.; & STUART, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316-321.

SILVA, C. DA. A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher: uma possibilidade de construção de igualdade de gênero. **Revista Direito em Foco**, n. 5^a, 2012.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. Estudos de Psicologia, Rio Grande do Norte, v. 14, n. 1, p. 5-12, jan./abr., 2009.

TELES, M. L. S. **O Que é depressão**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO TRADUZIDO DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO:

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) foi desenvolvida para auxiliar os profissionais de saúde da atenção primária a detectar mães que sofrem de depressão pós-parto; um distúrbio angustiante mais prolongado do que o "baby blues" (que ocorre na primeira semana após parto), mas menos grave que a psicose puerperal.

Estudos anteriores mostraram que a depressão pós-parto afeta ao menos 10% das mulheres e que muitas mães deprimidas permanecem sem tratamento. Essas mães podem lidar com o bebê e com tarefas domésticas, mas sua alegria de vida é afetada e é possível que haja efeitos de longo prazo na família.

A EPDS foi desenvolvida em centros de saúde em Livingston e Edimburgo. Consiste em dez declarações curtas. A mãe sublinha qual das quatro respostas possíveis está mais próxima de como ela tem sentido durante a semana passada. A maioria das mães completa a escala sem dificuldade e em menos de 5 minutos.

Os estudos de validação mostraram que as mães que pontuaram 12/13 eram susceptíveis de sofrer de uma doença depressiva de gravidade variável. No entanto, a pontuação da EDPE não deve anular o julgamento clínico. Uma avaliação clínica cuidadosa deve ser realizada para confirmar o diagnóstico. A escala indica como a mãe sentiu durante a semana anterior, e em casos duvidosos pode ser repetido utilmente após 2 semanas. A balança não detectará mães com neuroses de ansiedade, fobias ou transtornos de personalidade.

INSTRUÇÕES PARA OS USUÁRIOS

1. A mãe é solicitada a sublinhar a resposta que mais se aproxima de como ela tem se sentido nos últimos 7 dias.

2. Todos os dez itens devem ser preenchidos.
3. Cuidados devem ser tomados para evitar a possibilidade da mãe discutindo respostas com outros.
4. A mãe deve completar a escala sozinha, a menos que tenha inglês limitado ou tem dificuldade em ler.
5. A EPDS pode ser usada de 6-8 semanas para rastrear mulheres pós-natais. A saúde clínica, a verificação pós-natal ou a visita domiciliar podem fornecer oportunidades adequadas para a sua conclusão.

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky
Departamento de Psiquiatria,
Universidade de Edimburgo

Nome:

Endereço:

Idade do bebê:

Como você teve um bebê recentemente, gostaríamos de saber como você está sentindo. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima de como você se sentiu nos últimos 7 dias, não apenas como se sente hoje.

Aqui está um exemplo, já concluído.

Eu me senti feliz:

Sim, o tempo todo

Sim, na maioria das vezes

Não, não muito frequentemente

Não, de jeito nenhum

Isso significaria: "Eu me senti feliz a maior parte do tempo" durante a semana passada.

Por favor, complete as outras perguntas da mesma maneira.

Nos últimos 7 dias:

1. Eu fui capaz de rir e ver o lado engraçado de coisas:

Tanto quanto eu sempre pude
Não tanto agora
Definitivamente não tanto agora
De modo nenhum

2. Eu olhei para frente com prazer para as coisas:

Tanto quanto eu já fiz
Um pouco menos do que eu costumava
Definitivamente menos do que eu costumava
Difícilmente

*** 3. Eu me culpei desnecessariamente quando as coisas deram errado:**

Sim, na maioria das vezes
Sim, algumas vezes
Não muito frequentemente
Não, nunca

4. Estive ansioso ou preocupado sem uma boa razão:

Não, de modo algum
Quase nunca
Sim, às vezes
Sim, muito frequentemente

*** 5. Eu me senti assustado ou em pânico sem uma boa razão:**

Sim, bastante
Sim as vezes
Não, não muito
Não, de jeito nenhum

*** 6. As coisas foram ficando em cima de mim:**

Sim, na maioria das vezes eu não fui capaz de lidar
em absoluto

Sim, às vezes eu não tenho lidado tão bem quanto de costume

Não, na maioria das vezes eu lidei muito bem

Não, eu tenho lidado tão bem como sempre

*** 7. Eu tenho sido tão infeliz que tive dificuldades de dormir:**

Sim, na maioria das vezes
Sim as vezes
Não muito frequentemente
Não, de jeito nenhum

*** 8. Eu me senti triste ou infeliz:**

Sim, na maioria das vezes
Sim, muitas vezes
Não muito frequentemente
Não, de jeito nenhum

*** 9. Eu tenho sido tão infeliz que tenho chorado:**

Sim, na maioria das vezes
Sim, muitas vezes
Apenas ocasionalmente
Não nunca

*** 10. O pensamento de me prejudicar me ocorreu:**

Sim, muitas vezes
Às vezes
Difícilmente
Nunca

Categorias de resposta são pontuadas 0, 1, 2 e 3 de acordo com o aumento da gravidade do sintoma.

Os itens marcados com um asterisco são invertidos (isto é: 3, 2, 1 e 0). A pontuação total é calculada somando as pontuações de cada um dos dez itens.

Adaptado de **Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.**

Referências: COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 06, p. 782–786, jun. 1987.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO TRADUZIDO DA ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEPRESSÃO DE MONTGOMERY E ASBERG:

A classificação deve ser baseada em uma entrevista clínica passando de perguntas amplamente formuladas sobre sintomas para outras mais detalhadas, que permitem uma classificação precisa da gravidade. O avaliador deve decidir se a classificação está nas etapas definidas da escala (0, 2, 4, 6) ou entre elas (1,3,5).

É importante lembrar que somente em raras ocasiões é encontrado um paciente deprimido que não pode ser avaliado nos itens da escala. Se as respostas definitivas não puderem ser obtidas do paciente, todas as pistas relevantes, bem como as informações de outras fontes, devem ser usadas como base para a classificação, de acordo com a prática clínica habitual.

A escala pode ser usada para qualquer intervalo de tempo entre classificações, seja semanal ou não, mas isso deve ser registrado.

Lista de itens

1. Tristeza aparente
2. Tristeza relatada
2. Tensão interna
3. Redução do sono
4. Apetite reduzido
5. Dificuldades de concentração
6. Lassitude
7. Incapacidade de sentir
8. Pensamentos pessimistas
9. Pensamentos suicidas

1. *Aparente tristeza*

Representando desânimo, tristeza e desespero, (mais do que apenas espíritos baixos transitórios comuns) refletidos na fala, expressão facial e postura. Taxa por profundidade e incapacidade de iluminar.

0 Sem tristeza.

2 Parece desanimado mas ilumina sem dificuldade.

3

4 Aparece triste e infeliz a maior parte do tempo.

5

6 Parece miserável o tempo todo. Extremamente desanimado.

2. *Relatada tristeza*

Representando relatos de humor deprimido, independentemente de se reflete na aparência ou não. Inclui baixo astral, desânimo ou a sensação de estando além de ajuda e sem esperança. Taxa de acordo com a intensidade, duração e medida em que o humor é relatado para ser influenciado por eventos.

0 Tristeza ocasional em consonância com o circunstâncias.

2 Triste ou baixo, mas ilumina sem dificuldade.

3

4 Sentimentos generosos de tristeza ou tristeza. O humor ainda é influenciado por fatores externos circunstâncias.

5

6 Tristeza contínua ou invariável, miséria ou desânimo.

3. *Tensão interna*

Representando sentimentos de desconforto mal definido, nervosismo, turbulência interna, montagem de tensão mental para pânico, pavor ou angústia. Taxa de acordo com a intensidade, frequência, duração e a extensão da garantia exigida.

0 Plácido. Apenas uma tensão interior fugaz.

2 Sentimentos ocasionais de nervosismo e doença desconforto definido.

3

4 Sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só pode dominar com alguma dificuldade.

5

6 Medo ou angústia implacável. Pânico esmagador.

4. *Redução do sono*

Representando a experiência de redução da duração ou profundidade do sono em comparação com o padrão normal do próprio indivíduo, quando bem.

- 0 Dorme como de costume.
 - 2 Leve dificuldade em adormecer ou dormir levemente reduzido, leve ou intermitente.
 - 3
 - 4 Dormir reduzido ou interrompido por pelo menos duas horas.
 - 5
 - 6 Menos de duas ou três horas de sono.
-

5. *Apetite reduzido*

Representando a sensação de perda de apetite em comparação com quando bem. Taxa por perda de desejo por comida ou a necessidade de forçar a si mesmo a comer.

- 0 Apetite normal ou aumentado.
 - 2 Apetite ligeiramente reduzido.
 - 3
 - 4 Sem apetite. A comida é sem gosto.
 - 5
 - 6 Precisa de persuasão para comer.
-

6. *Dificuldades de Concentração*

Representando dificuldades em reunir os pensamentos para incapacidade de concentração.

Taxa de acordo com a intensidade, frequência e grau de incapacidade produzida.

- 0 Sem dificuldades na concentração.
 - 2 Dificuldades ocasionais na coleta de pensamentos.
 - 3
 - 4 Dificuldades em concentrar e manter o pensamento, o que reduz a capacidade de ler ou manter uma conversa.
 - 5
 - 6 Incapaz de ler ou conversar sem grande dificuldade.
-

7. *Lassitude*

Representando uma dificuldade de começar ou lentidão iniciar e realizar atividades cotidianas.

- 0 Dificilmente alguma dificuldade em começar. Sem lentidão.
 - 1
 - 2 Dificuldades em iniciar atividades
 - 3
 - 4 Dificuldades em iniciar atividades rotineiras simples que são realizadas com esforço.
 - 5
 - 6 Lassitude completa. Não é possível fazer nada sem ajuda.
-

8. *Incapacidade de sentir*

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido no ambiente, ou atividades que normalmente dão prazer. A capacidade de reagir com emoção adequada às circunstâncias ou pessoas é reduzida.

- 0 Interesse normal nos arredores e em outras pessoas.
 - 2 Reduzida capacidade de desfrutar dos interesses habituais.
 - 3
 - 4 Perda de interesse nos arredores. Perda de sentimentos por amigos e conhecidos.
 - 5
 - 6 A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapacidade de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falha completa ou mesmo dolorosa de sentir por parentes próximos e amigos
-

9. *Pensamentos pessimistas*

Representando pensamentos de culpa, inferioridade, auto-censura, pecaminosidade, remorso e ruína.

- 0 Nenhum pensamento pessimista.
- 1
- 2 Ideias flutuantes de fracasso, autocensura ou auto-depreciação.
- 3

4 Auto-acusações persistentes, ou idéias definidas, mas ainda assim racionais, de culpa ou pecado. Cada vez mais pessimista sobre o futuro.

5

6 Delírios de ruína, remorso ou pecado irredimível. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis.

4 Provavelmente melhor morto.

Pensamentos suicidas são comuns e o suicídio é considerado uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.

5

6 Planos explícitos para suicídio quando há uma oportunidade. Preparações ativas para o suicídio.

10. *Pensamentos suicidas*

Representando o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para o suicídio. Tentativas suicidas não devem, por si só, influenciar a classificação.

0 Gosta da vida ou aceita como ela é.

2 Cansado da vida. Apenas pensamentos suicidas fugazes.

3

Adaptado de “A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change”. **Original de S.A. Montgomery e M. Asberg. *British Journal Of Psychiatry* (1979), 134, 382-9**

Referência: MONTGOMERY, S. A.; ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. **The British Journal of Psychiatry**, v. 134, n. 4, p. 382–389, 1 abr. 1979

ANEXO C – QUESTIONÁRIO TRADUZIDO DA ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON:

Para ser administrado por um profissional de saúde!

Nome do paciente: _____

Data de hoje: _____

A ECDH é projetada para avaliar a gravidade da depressão em pacientes. Embora contenha 21 áreas, calcule a pontuação do paciente nas primeiras 17 respostas.

1. Humor deprimido

(Atitude sombria, pessimismo sobre o futuro, sentimento de tristeza, tendência a chorar)

- 0 = Ausente
- 1 = Tristeza, etc.
- 2 = Choro ocasional
- 3 = Choro freqüente
- 4 = Sintomas extremos

2. Sentimentos de culpa

- 0 = Ausente
- 1 = Auto-reprovação, sente que ele decepcionou as pessoas
- 2 = Ideias de culpa
- 3 = A doença presente é uma punição; delírios de culpa
- 4 = Alucinações de culpa

3. Suicídio

- 0 = ausente
- 1 = Sente a vida não vale a pena viver
- 2 = Desejos que ele / ela estava morto
- 3 = Idéias ou gestos suicidas
- 4 = tentativas de suicídio

4. Insônia - Inicial

(Dificuldade em adormecer)

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frequente

5. Insônia - Médio

(Reclama de estar inquieto e perturbado durante a noite. Acordar durante a noite.)

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frequente

6. Insônia - atrasada

(Acordando nas primeiras horas da manhã e incapaz de adormecer novamente)

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frequente

7. Trabalho e interesses

- 0 = Sem dificuldade
- 1 = Sentimentos de incapacidade, indiferença, indecisão e vacilação
- 2 = Perda de interesse em hobbies, diminuição de atividades sociais
- 3 = Produtividade diminuída
- 4 = Não é possível trabalhar. Parou de funcionar por causa da doença atual apenas. (Ausência de trabalho após o tratamento ou recuperação pode classificar uma pontuação mais baixa).

8. Retardação

(Lentidão do pensamento, fala e atividade; apatia; estupor.)

- 0 = ausente
- 1 = Leve retardo na entrevista
- 2 = Retardo Obvio na Entrevista
- 3 = Entrevista difícil
- 4 = Estupor completo

9. Agitação

(Inquietação associada à ansiedade.)

- 0 = Ausente
- 1 = Ocasional
- 2 = Frequente

10. Ansiedade - Psíquico

- 0 = Sem dificuldade
- 1 = Tensão e irritabilidade

- 2 = Preocupação com assuntos menores
- 3 = Atitude apreensiva
- 4 = Medos

11. Ansiedade - Somático

Gastrintestinal, indigestão Cardiovascular, palpitações, Dores de cabeça Respiratórias, Genito-urinárias, etc.

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Moderado
- 3 = Grave
- 4 = Incapacitante

12. Sintomas somáticos - Gastrointestinal

(Perda de apetite, sensação de peso no abdômen; constipação)

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Grave

13. Sintomas somáticos - Geral

(Peso nos membros, dorso ou cabeça; dor nas costas difusa; perda de energia e fatigabilidade)

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Grave

14. Sintomas genitais

(Perda de libido, distúrbios menstruais)

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Grave

15. Hipocondriose

- 0 = Não presente
- 1 = Auto-absorção (corporal)
- 2 = Preocupação com a saúde
- 3 = Atitude querulosa
- 4 = Delírios hipocondríacos

16. Perda de peso

- 0 = Sem perda de peso
- 1 = Leve
- 2 = Óbvio ou grave

17. Discernimento

(O discernimento deve ser interpretado em termos de compreensão e histórico do paciente.)

- 0 = Sem perda
- 1 = Perda parcial ou duvidosa
- 2 = Perda de insight

TOTAL DE ITENS 1 A 17:

0 a 7 = Normal

8 - 13 = Depressão moderada

14-18 = depressão moderada

19 - 22 = Depressão Grave

> 23 = Depressão Muito Grave

18. Variação diurna

(Sintomas piores de manhã ou à noite. Note qual é.)

- 0 = Sem variação
- 1 = Variação leve; MANHÃ () TARDE ()
- 2 = Variação severa; MANHÃ () TARDE ()

19. Despersonalização e desalialização

(Sentimentos de irrealidade, idéias niilistas)

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Moderado
- 3 = Grave
- 4 = Incapacitante

20. Sintomas paranóides

(Não com uma qualidade depressiva)

- 0 = Nenhum
- 1 = Suspeito
- 2 = Idéias de referência
- 3 = Delírios de referência e perseguição
- 4 = Alucinações Persecutórias

21. Sintomas obsesionais

(Pensamentos obsessivos e compulsões contra os quais o paciente luta)

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Grave

Adaptado de “A Rating Scale for Depression”. Original de Hamilton, M. **Jornal of Neurology, Neosurgery and Psychiatry (1960), 23, 56-62.**

Referência: HAMILTON, M. (1960) A Rating Scale for Depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23, 56-62.**