

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO RELACIONADOS A DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM SALVADOR

Milla Jansen Melo de Oliveira

Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Complexo-Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – UFBA.

William Dunningham

Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA.

Autor correspondente: Milla Jansen Melo de Oliveira - millajansen@hotmail.com

RESUMO

A depressão constitui um grande problema de Saúde Pública no Brasil. Atinge aproximadamente 5% da população em geral^{1,2}, com maior prevalência entre as mulheres. No período do Pós-Parto podem ocorrer alterações de humor, que são denominadas: Tristeza Materna, Depressão Pós-Parto e Psicose Materna. O que as difere é a duração e a gravidade dos sintomas. A Depressão Pós-Parto tem prevalência entre 10 a 15%, e é caracterizada como um conjunto de sintomas que tem início entre a quarta e oitava semana após o parto. Menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária.^{9,10} Objetivo: Calcular a prevalência de Depressão Pós-Parto em mulheres acompanhadas no Ambulatório de Puericultura do Hospital Martagão Gesteira, no período de Junho de 2012. Metodologia: Foram selecionadas mães que apresentavam os critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa. Foi aplicado um questionário socioeconômico, para avaliar o perfil dessas mulheres, com relação a: renda familiar, estado civil, apoio familiar, número de filhos, número de gestações, número de filhos vivos, número de abortos, uso de drogas psicoativas, tempo de relacionamento com o parceiro. Para o rastreamento dos sintomas depressivos foi utilizado a Escala de Edimburgo, que é a mais utilizada em todo o mundo. Essa escala é composta por 10 itens, que foram respondidos pelas pacientes. Cada item com valor de até 3 pontos, com escore a partir de 10 pontos, a paciente foi classificada como deprimida. Resultados: Na população de 40 mulheres, 7 (17,5%) apresentaram escores iguais ou superiores a 10 na EPDS, que caracterizam a presença de sintomas depressivos; A média de idade das participantes foi, respectivamente, de 27,15 anos (DP = 4,839). Não houve significância estatística com relação a associação dos fatores de risco, como: renda familiar, estado civil e tempo de relacionamento com o parceiro. Conclusão: A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento das puérperas, em especial as de baixa renda, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto(DPP); Escala de Edimburgo(EPDS); Epidemiologia Psiquiátrica.

ABSTRACT

Depression is a major public health problem in Brazil. It affects approximately 5% of the general population, with higher prevalence among women. During the puerperium period may occur mood changes, which are called: Maternal Sadness, Postpartum Depression and Maternal Psychosis. The differences between them are the duration and severity of symptoms. The Postpartum Depression has a prevalence of 10 to 15% and is characterized as a set of symptoms that begin between the fourth and eighth postpartum week. Less than 25% of the affected mothers have access to treatment, and only 50% of the postpartum depression cases are diagnosed in daily clinical practice. Objective: To calculate the prevalence of Postpartum Depression in women followed-up in the Childcare Clinic of Martagão Gesteira Hospital in the period of June 2012. Methodology: The mothers who met the inclusion criteria and agreed to participate were selected for the study. It was applied a socioeconomic questionnaire in order to evaluate the women's profile related to: family income, marital status, family support, number of children, number of pregnancies, number of living children, number of abortions, the use of psychoactive drugs and the length of relationship with partner. For the screening of depressive symptoms it was used the Edinburgh Scale (EPDS), which is the most used throughout the world. This scale was answered by the selected patients and consists of 10 items,

each one with a value of up to 3 points. A score above 10 points classified the patient as depressed. Results: In the sample of 40 women, 7 (17.5%) had scores equal or greater than 10 on the EPDS that characterized the presence of depressive symptoms. The average age of the participants was 27.15 years old (SD = 4.839). There was no statistical significance regarding the association of risk factors such as family income, marital status and length of relationship with the partner. Conclusion: The evidenced high prevalence of postpartum depression reinforces its significance as a public health problem, which requires strategies for prevention and treatment. The monitoring of mothers, especially those with low income, may prevent serious personal and family problems arising from the DPP.

Keywords: Postpartum Depression (PPD); Edinburgh Scale (EPDS); Psychiatric Epidemiology

INTRODUÇÃO

O termo depressão pode designar diversas condições a depender da etiologia. A depressão pode constituir uma síndrome, um sintoma ou um transtorno mental. A depressão, enquanto transtorno mental é classificada como Transtorno Depressivo pela Organização mundial de saúde (OMS) e como Depressão Maior na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos mentais (DSM-V), além de ser encontrada na literatura como melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar, entre outras definições.⁽¹⁾

O transtorno depressivo é a doença mental de maior prevalência, correspondendo a cerca de 20% dos casos, e uma das principais causas de incapacidade laboral e de comprometimento mental, sendo, portanto, de grande impacto para a saúde pública devido as suas implicações sociais, ocupacionais e cognitivas.⁽²⁾ A prevalência desse distúrbio varia entre os sexos, sendo o feminino o mais prevalente, correspondendo a cerca de 10-25% dos casos.⁽³⁾ Por ser uma doença de desenvolvimento crônico, a maioria dos pacientes que apresentaram o primeiro episódio depressivo possuem maior tendência a apresentar outros episódios ao longo da vida. Estudos relatam que aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para o distúrbio depressivo terão um segundo episódio.⁽⁴⁾

O transtorno depressivo maior é caracterizado por: humor depressivo, sentimentos de tristeza e pessimismo, anedonia, indisposição, sintomas físicos como cansaço excessivo, alterações do sono e disfunções cognitivas como alterações na concentração, raciocínio e memória. Estes sintomas podem ser identificados por padrões comportamentais associados a retraimento social, crises de choro, tendências suicidas e comprometimento das atividades laborais, podendo estar associado à lentificação psicomotora.⁽⁵⁾

A depressão é considerada como um distúrbio dos sistemas cerebrais que regulam o comportamento, o humor, a cognição e as funções comportamentais e endócrinas.⁽⁶⁾ Ela possui

apresentação clínica e curso variável de acordo com a sintomatologia, a polaridade (unipolar ou bipolar), o curso da doença (recorrente ou crônico), fatores desencadeantes e a gravidade. O estadiamento da depressão em relação a sua gravidade é definido a partir do nível de incapacitação da doença, ou seja, a depressão leve é aquela que não incapacita o indivíduo, mas gera sofrimento; a depressão moderada é aquela que afeta as funções do indivíduo; e a depressão grave é aquela que incapacita social e profissionalmente o indivíduo. Essa classificação segundo a gravidade foi adotada tanto pelo CID-10 quanto pelo DSM-V.⁽⁷⁾ A depressão constitui um grande problema de Saúde Pública no Brasil. Atinge cerca de 2 a 5% da população em geral,^(1,2) com maior prevalência entre as mulheres, muitas vezes precedidas de eventos vitais marcantes, como por exemplo, a maternidade.

Durante o período da gestação ocorrem diversas alterações hormonais, que interferem nas mudanças constantes de humor das gestantes. Essas alterações se acentuam no período do Pós-Parto, onde a mulher tem “crise” de identidade, junto ao seu papel na sociedade, no que se refere à transição de filha para mãe, dona de casa, esposa, profissional entre suas demais funções. Por isso este torna-se um período onde grandes reflexões e responsabilidades vêm à tona.

No período do Pós-Parto podem ocorrer algumas alterações de humor das puérperas, que são denominadas: Tristeza Materna ou Blues, Depressão Pós-Parto e Psicose Materna. O que as difere é a duração e a gravidade dos sintomas apresentados. A tristeza materna ou Blues é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerada fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto.^(3,4) Ao contrário, a Psicose Pós-Parto é relativamente rara, com incidência de 0,1 a 0,2%, e ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o parto, constituindo-se em emergência médica.⁽⁵⁾

Já a Depressão Pós-Parto tem prevalência entre 10 a 15%, e é caracterizada como um conjunto de sintomas que tem início entre a quarta e oitava semana após o parto. Esses sintomas são: choro freqüente, irritabilidade, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de tristeza e incapacidade, falta de motivação, desinteresse sexual e sensação de incapacidade diante da responsabilidade de mãe.

O diagnóstico da Depressão Pós-Parto é feito a partir da associação de pelo menos 5 sintomas com duração de no mínimo 2 semanas, segundo do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), que são: humor deprimido, anedonia, mudanças

significativas no peso ou apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar, de concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes de morte.^(6,7)

Há uma grande quantidade de mulheres que tem DPP e não recebem tratamento, pois na maioria das vezes nem chegam a ser diagnosticadas⁸. Menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária.^(9, 10)

Os profissionais de saúde ainda não conseguem reconhecer com facilidade os sintomas da Depressão Pós-Parto, e não tem acesso a métodos que contribuem para o diagnóstico. Como por exemplo, a Escala de Edimburgo.

A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*),⁽¹¹⁾ é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento da DPP. Durante seu desenvolvimento, a EPDS foi adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil. É uma escala auto-aplicável, constando de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos, contribuindo dessa forma, para facilitar o diagnóstico de DPP.⁽¹²⁾

Dessa forma faz-se necessário uma maior atenção às mulheres no Pós-Parto, a fim de evitar o subdiagnóstico da DPP, contribuindo dessa forma para uma melhor qualidade de vida da mãe e maior acesso e adesão ao tratamento.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Calcular a prevalência de Depressão Pós-Parto em mulheres acompanhadas no Ambulatório de Puericultura do Hospital Martagão Gesteira, no período do mês Junho de 2012.

Objetivos Específicos

Avaliar a associação da Depressão Pós-Parto com os fatores: renda familiar, estado civil, tempo de relacionamento com o parceiro.

METODOLOGIA

Desenho de Estudo

Este estudo foi realizado de maneira Observacional Analítica e descritiva com mulheres em Pós-Parto atendidas no Ambulatório de Puericultura do Hospital Martagão Gesteira, que é um nosocômio especializado em Pediatria, referência para todo o estado da Bahia.

Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa mulheres atendidas no Ambulatório de Puericultura do Hospital Martagão Gesteira, no período de Junho de 2012, com tempo de Pós-Parto entre 31 e 180 dias, gestação cuja resolução se deu com 34 a 42 semanas, idade materna entre 15 e 45 anos.

Critérios de Exclusão

Foram excluídas as mães de Natimortos ou neomorto na atual gestação, idade gestacional inferior a 34 semanas, complicações neonatais na gestação atual, gestação atual de alto-risco, histórico do uso de drogas psicoativas ou tratamento psiquiátrico prévio.

Estratégia de seleção da amostra

Foram selecionadas para participarem da pesquisa, todas as mães que apresentavam os critérios de inclusão e que aceitaram participar desta.

Procedimentos da pesquisa

Primeiramente foi aplicado um questionário socioeconômico para avaliar o perfil dessas mulheres com relação a renda familiar, estado civil, apoio familiar, número de filhos, número de gestações, número de filhos vivos, número de abortos, uso de drogas psicoativas, tempo de relacionamento com o parceiro. Entre outros quesitos. (Anexo B)

Para o rastreamento dos sintomas depressivos foi utilizado a Escala de Edimburgo (Anexo C), que é a mais utilizada em todo o mundo. Essa escala é composta por 10 itens, que foram respondidos pelas pacientes. Cada item com valor de até três pontos, com escore a partir de 10 pontos, a paciente foi classificada como deprimida.

A escala é um auto-registro e foi aplicada em uma sala reservada, a sós paciente e pesquisadora.

O projeto de investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC – Salvador.

Variáveis do estudo

Dependente:

Independente:

Depressão Pós-Parto

Nível socioeconômico e grau de escolaridade

RESULTADOS

*: Média; DP: Desvio Padrão; Vmin: Valor Mínimo; Vmáx: Valor Máximo	
Idade* ± DP	27, 15 ± 4,839 Vmin: 17 Vmáx: 37
Escore Depressão(%)	7 (17,5)
Estado Civil Casada(%) Solteira(%)	30 (75) 10 (25)
Tempo de Relacionamento >5 anos (%) <5 anos (%)	9 (22,5) 21 (52,5)
Renda Familiar <1 salário mínimo Entre 2 e 3 salários mínimos >3 salários mínimos	23 (57,5) 13 (32,5) 4 (10)
*: Média; DP: Desvio Padrão; Vmin: Valor Mínimo; Vmáx: Valor Máximo	

Em 40 mulheres (100%), a escala foi lida e aplicada verbalmente pela co-autora, já que todas as pacientes apresentaram dificuldade na compreensão com relação as alternativas da EPDS, ao tentarem responder sozinhas.

A partir da avaliação dos escores da EPDS, constatou-se que a prevalência de Depressão Pós parto foi de 17,5%, no total da amostra que foi de 40 mulheres.

Tabela 1 - Prevalência da Depressão Pós-Parto

Idade* ± DP	27, 15 ± 4,839 Vmin: 17 Vmáx: 37
Escore Depressão(%)	7 (17,5)
Estado Civil Casada(%) Solteira(%)	30 (75) 10 (25)
Tempo de Relacionamento >5 anos (%) <5 anos (%)	9 (22,5) 21 (52,5)
Renda Familiar <1 salário mínimo Entre 2 e 3 salários mínimos >3 salários mínimos	23 (57,5) 13 (32,5) 4 (10)

Com relação ao estado civil, as casadas foram a maioria, 30 (75%), sendo que deste grupo, 5 apresentaram escores iguais ou superiores a 10 (apresentaram sintomas depressivos). Destas 5 mulheres, 4 apresentavam relacionamento estável há 5 anos ou mais, e somente uma mulher apresentava relacionamento estável há menos de 5 anos.

Observando-se os resultados da Tabela 2, fica evidente que o estado civil e o tempo de relacionamento não mostraram significância estatística com relação aos fatores de risco para Depressão Pós Parto, levando-se em consideração o p ,que foi maior que 0,05.

Tabela 2 - Fatores de risco associados à DPP

	Normal (n=33)	Depressão (n= 7)
Idade* ± DP	26,82 ± 4,613	28,71 ± 5,926
Estado Civil		
Casada (%)	25 (75,8)	5 (71,4)
Tempo de Relacionamento		
>5 anos (%)	17 (51,5)	4 (57,1)
<5 anos (%)	8 (24,2)	1 (14,3)
Renda Familiar		
<1 salário mínimo	18 (54,5)	5 (71,4)
Entre 2 e 3 salários mínimos	12 (36,4)	1 (14,3)
>3 salários mínimos	3 (9,1)	1 (14,3)

* Média; DP: Desvio Padrão

Entre as pacientes que foram consideradas depressivas pelo escore da EPDS, 5 (71,4%) afirmaram ter uma renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo, 1 (14,3%) entre dois e três salários mínimos, e a outra afirma ter uma renda familiar acima de três salários mínimos.

Observando-se o *p*, na renda familiar, na Tabela 2, fica evidente que não houve significância estatística, pois o *p* obteve um valor acima de 0,05. Desta forma pode-se concluir que a renda familiar não constitui um fator de risco diretamente relacionado a Depressão Pós Parto.

DISCUSSÃO

A amostra estudada incluiu 40 mulheres que se encontravam entre 31 a 180 dias após o parto, com perfil sociodemográfico predominantemente formado por jovens (média de idade 27,15 anos (DP = 4,839) Tabela 1. A renda familiar baixa pode ser explicada pela menor inserção destas mulheres no mercado de trabalho, na maioria donas de casa, pacientes usuárias do Sistema Único de Saúde.

A depressão pós-parto avaliada pela EPDS esteve presente em 17,5% das mulheres do estudo. Mesmo elevada essa prevalência é compatível com alguns trabalhos nacionais, como o de Silva,⁽¹²⁾ Skasufka⁽¹⁶⁾ e Cruz.⁽¹⁷⁾

Outros estudos nacionais demonstram semelhança nos índices de prevalência de depressão pós-parto, variando de 13 a 19%. No trabalho de Santos,⁽¹⁴⁾ a amostra foi constituída predominantemente por mulheres com renda familiar e grau de escolaridade superior aos da amostra do presente estudo. Cury⁽¹⁵⁾ analisou mulheres somente no 10º dia de pós-parto – período em que predomina tristeza materna, e não a depressão pós-parto – utilizando o Inventário de Beck, cuja sensibilidade e especificidade são inferiores às da EPDS32.

A escolha da EPDS como método de rastreamento de sintomas depressivos para este estudo baseou-se no fato de ser instrumento de auto-avaliação específico para o pós-parto, com sensibilidade e especificidade superiores a outros métodos disponíveis, tais como: Inventário de Beck, Escala de Montgomery-Asberg e Escala de Raskin, como relatado por Harris⁽¹⁸⁾ em estudo comparativo. O melhor ponto de corte foi dez, como no estudo (EPDS para triagem no SUS Figueira P et AL).

No presente estudo os fatores de risco como: renda familiar, estado civil e tempo de relacionamento, não apresentaram significância estatística, já que o valor de ($p < 0,05$), foi maior do que 0,05. Uma possível explicação para esta não associação, pode ser o pequeno número da amostra, escolhida por conveniência, totalizando 40 mulheres.

Comparando-se a literatura, a renda familiar é um dos fatores de risco mais associados a Depressão Pós Parto, pois outros estudos afirmam que a DPP é influenciada por dificuldades impostas pela pobreza.^(19, 20, 21)

Com relação ao estado civil e tempo de relacionamento no presente estudo, são fatores que não constituíram-se como risco para DPP. Alguns trabalhos destacam o suporte social e emocional dos parentes, em particular do companheiro, neste momento de transição da vida da mulher, como fator protetor contra a DP.⁽²²⁾

Entretanto, o apoio social, advindo dos amigos e demais familiares, principalmente da mãe, parece exercer igualmente o mesmo efeito protetor⁽²³⁾

CONCLUSÃO

A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

A aplicação da EPDS com sua simplicidade e rapidez, não exigindo mais do que 10 minutos para o seu preenchimento, a torna ideal para uso na rotina clínica por profissionais não especializados na área de saúde mental, com a finalidade de rastrear mães que apresentem sintomas depressivos, não sobrecarregando os serviços especializados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que a prevalência de Depressão Pós-Parto é elevada em nosso meio e que instrumentos com a Escala de Edimburgo devem ser utilizados em níveis de atenção primária, evitando assim o subdiagnóstico da DPP e a superlotação dos serviços especializado.

REFERÊNCIAS

1. Del Porto José Alberto. Conceito e diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. [serial on the Internet]. 1999. May [cited 2014 Jan 19];21(Suppl 1):06-11.
2. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. Psychol Bull. 2013 Jan;139(1):81-132. doi: 10.1037/a0028727. Epub 2012 May 28.
3. Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. Psychol Med. 2004 Jan;34(1):83-91.
4. Fleck, MPA; Lafer, B; Sougey, EB; Del Porto, JA; Brasil, MA. Diagnóstico e tratamento da depressão. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto diretrizes. Março 2001.
5. Paeleck-Habermann Y, Pohl J, Leplow B. Attention and exeutive functions in remitted major depression patients. J Affect Disord. 2005 Dec; 89(1-3):125-35.Epub 2005 Dec 1.
6. Murrough JW, Iacoviello B, Neumeister A, Charney DS, Iosifescu DV. Cognitive dysfunction in depression: neurocircuitry and new therapeutic strategies. Neurobiol Learn Mem. 2011 Nov;96(4):553-63. doi: 10.1016/j.nlm.2011.06.006. Epub 2011 Jun 16.

7. Forlenza, OV; Miguel, EC(ed). *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri, SP:Manole,2012.
- 1- Paprocki J. Tratamento de depressão pelo médico geral. *J Bras Psiq.* 1990;39(Supl 1):S49-59.
- 2- Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira RR. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996.
- 3- Thurtle V. Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. *J Adv Nurs.* 1995;22(3):416-24
- 4- Horimoto FC, Domingues JAG, Monteiro GCPL. Antidepressivos em situações especiais: gestação e lactação. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA. *Depressão: diagnóstico e tratamento clínico*. São Paulo: Roca; 2005. p. 191-202.
- 5- Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(2):639-45.
- 6- Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract.*1996;43(6):S17-24.
- 7- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual os mental disorder*. 4th ed. Washington: APA; 2000.
- 8- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro C, Sylvia CA, Gonsales BK, Braguittoni É, *Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classifi cação, diagnóstico e tratamento*. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(2):92-102. DOI: 10.1590/S0101-60832006000200009
- 9- Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Child murder committed by severely mentally ill mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. 2005 Honorable Mention/Richard Rosner Award for the best paper by a fellow in forensic psychiatry or forensic psychology. *JForensic Sci.* 2005;50(6):1466-71
- 10- Evins G, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1080-2.
- 11-Figueira P,Humberto Corrêa,Leandro Malloy-Diniz ,Marco Aurélio Romano-Silva *Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system* *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1):79-84
- 12- O'Hara MW. Postpartum depression: Identifi cation and measurement in a cross-cultural context. In: Cox J, Holden J, editors. *Perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994. p.145-68.
- 13-Silva VA da, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP,Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998;31(6):799-804.

- 14- Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
15. Cury AF. Depressão puerperal: relação com eventos vitais estressantes, modo de enfrentamento e níveis do ácido 5 hidroxindolacético [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2001.
16. Skazufka ET. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados em mães que deram à luz em um hospital universitário do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2000.
17. 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.
18. Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry.* 1989;154:813-7.
19. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50(5):275-85.
20. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and nonpostpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(6):426-33.
21. Sierra Manzano JM, Carro García C, Ladron Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria* 2002;30(2):103-11.
22. Nilsson A, Almgren PE. Para-natal emotional adjustment: a prospective investigation of 165 women. II. The influence of background factors, psychiatric history, parental relations, and personality characteristics. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1970;220:65- 141.
23. O'Hara MW, Zekoski EM. Postpartum depression: a comprehensive review. In: Kumar R, Brockington I, editors. *Motherhood and mental illness: causes and consequence.* London: Wright; 1998. p. 17-63.