

Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira

Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample

Gustavo Enrico Cabral Ruschi¹, Sue Yazaki Sun², Rosiane Mattar³, Antônio Chambô Filho⁴, Eliana Zandonade⁵, Valmir José de Lima⁶

¹ Mestre. Médico. ² Doutora. Chefe, Disciplina de Obstetrícia Patológica e Tocurgia, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo, SP. ³ Livre-docente. Coordenadora, Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia, UNIFESP-EPM. ⁴ Doutor. Chefe, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Escola de Ciências Superiores, Santa Casa de Misericórdia do Espírito Santo, Vitória, ES. ⁵ Doutora. Departamento de Estatística, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES. ⁶ Pós-Graduando em Obstetrícia, UNIFESP-EPM.

Resumo

Introdução: Sintomas psiquiátricos são freqüentes após o parto, momento marcado por alterações hormonais e mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é instrumento de auto-avaliação para rastrear depressão após a gestação, nem sempre adequadamente reconhecida pelos profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar prevalência de depressão pós-parto em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde. **Métodos:** Estudo transversal com aplicação da EPDS em 292 mulheres que se encontravam entre 31 e 180 dias após o parto. Adotamos o ponto de corte < 12 na EPDS como depressão.

Resultados: Do total, 115 (39,4%) apresentaram escores < 12, na EPDS, foram consideradas deprimidas; 177 (60,6%), com escores < 12, foram consideradas não-deprimidas. Mulheres com menor escolaridade, maior número de gestações, maior paridade, maior número de filhos vivos e menor tempo de relacionamento apresentaram mais depressão.

Conclusão: A elevada freqüência de depressão pós-parto está relacionada com fatores sociais, demonstrando a importância dos profissionais de atenção básica na detecção precoce da depressão, tendo como auxílio instrumentos como a EPDS, pela sua eficácia e praticidade.

Descritores: Depressão pós-parto, epidemiologia, escala de Edimburgo.

Abstract

Introduction: Psychiatric symptoms are frequent in the postpartum period, a moment marked by hormonal alterations and changes in social character, family organization and women's identity. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a self-reporting instrument to track depression after pregnancy, unfortunately not always properly supported by health care professionals. This study aimed at verifying the prevalence of postpartum depression in women receiving care at basic health units.

Methods: Cross-sectional study including 292 women in the postpartum period (from day 31 to 180) who answered the EPDS questionnaire. Cut-off point < 12 for EPDS depression was used.

Results: A total of 115 women (39.4%) had scores < 12 in EPDS, classified as depressive; 177 (60.6%) had scores < 12 and were not considered depressive. Women with lower education, higher number of pregnancies, higher parity, higher number of live children and shortest relationship time had more depression.

Conclusion: High frequency of postpartum depression is associated with social factors, which shows the importance of health care professionals in early detection of depression, with the aid of instruments such as EPDS, due to its efficacy and practicability.

Keywords: Postpartum depression, epidemiology, Edinburgh postnatal depression scale.

Correspondência:

Gustavo Enrico Cabral Ruschi, Av. Rio Branco, 1239/902, Praia do Canto, CEP 29055-643, Vitória, ES.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS

Recebido em 11/09/2007. Aceito em 06/11/2007.

Introdução

A depressão, no Brasil, é considerada problema sério de saúde pública, atingindo 2 a 5% da população em geral^{1,2}, com predomínio no sexo feminino, muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto. No entanto, a importância dos mesmos no estabelecimento da depressão não está totalmente esclarecida.

No período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida³, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. Contudo, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento⁴, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária^{5,6}.

Trabalhos nacionais relatam prevalência de depressão pós-parto variando entre 12 e 19%⁷⁻¹⁰. Esses dados são compatíveis com a literatura internacional, que a refere como 10 a 20%^{11,12}.

A literatura médica descreve as manifestações psíquicas mais comuns no pós-parto, como: *blues* ou tristeza materna, depressão e psicose pós-parto¹³⁻¹⁷. A relação e potencial sobreposição entre esses quadros não estão claramente definidas¹⁶.

A tristeza materna 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. 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 médica¹⁶.

Susman refere que, ao persistir ou intensificar-se a tristeza materna, o paciente pode estar desenvolvendo quadro de depressão, cujos critérios clínicos diagnósticos são os mesmos do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) para a depressão maior, que consideram a duração do evento em pelo menos 2 semanas, com, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas: 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 morte¹⁸. O início da sintomatologia nas quatro primeiras semanas é apenas classificatório¹⁹.

Embora não se disponha de parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão, escalas de avaliação são usadas para medir e caracterizar os sintomas, mesmo não podendo ser utilizadas como critério diagnóstico²⁰.

Dentre as escalas de auto-avaliação existentes, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é a mais utilizada para rastreamento de sintomas

depressivos que se manifestam após o parto²¹, tendo sido traduzida para 24 idiomas, com estudos de validação na maioria dos países²². É instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica^{23,24}, podendo ser aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde^{5,25-29}. A EPDS consiste em instrumento de auto-registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, idéias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira⁸.

Nesse contexto, os obstetras desempenham papel fundamental na identificação e condução dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto, minimizando seus impactos na mãe, no recém-nascido e na família. Sendo assim, desenvolvemos este estudo com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos após o parto, segundo a EPDS, aplicada em mulheres que se encontravam entre 31 e 180 dias após o parto.

Métodos

Foi realizado estudo observacional descritivo transversal com mulheres em pós-parto atendidas nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia da Unidade Básica de Saúde de Maruípe, bairro pertencente ao município de Vitória, e da Unidade Regional de Saúde de Feu Rosa, no município de Serra, região metropolitana da Grande Vitória, estado do Espírito Santo.

O cálculo da amostra foi baseado na maior prevalência de depressão pós-parto esperada, que é de 20%, levando-se em consideração a precisão desejada de 5% e nível de confiança de 95%.

Foram elegíveis, para este estudo, 292 mulheres que procuraram atendimento nos referidos ambulatórios, no período de junho de 2004 a maio de 2006, e que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: 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. Os critérios de exclusão foram: natimorto ou neomorto na atual gestação; idade gestacional inferior a 34 semanas; complicações neonatais na atual gestação; histórico de uso de drogas psicoativas ou tratamento psiquiátrico prévio.

Para identificarmos o perfil da população estudada, elaboramos entrevista semi-estruturada, padronizada, aplicada pelo pesquisador, em ambiente privativo, constando de informações sociodemográficas, fatores associados ao comportamento e hábito de vida e dados clínico-obstétricos e neonatais, assim definidos: idade (aferida em anos completos); estado civil (solteira, casada, divorciada, conforme certidão legal); etnia; escolaridade (grau máximo de instrução alcançado, a considerar: nenhum grau de instrução, ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio incompleto ou completo, ensino superior); renda familiar média (somatória do número de salários mínimos recebidos pelos membros trabalhadores da família); tempo de relacionamento atual (número total de meses de união, ou seja, casal que habita o mesmo lar no momento da entrevista, independente do estado civil); uso de drogas psicoativas (drogas prescritas por clínicos ou psiquiatras com finalidade de tratar quadros psiquiátricos, em particular depressão); drogas ilícitas (uso de maconha, cocaína, *crack*); número de gestações; paridade; número de filhos vivos; tipo de parto (vaginal ou cesárea); amamentação; tempo de pós-parto (tempo decorrido entre o dia do parto e o dia da entrevista); auxílio em casa (participação efetiva do pai ou outros membros da família nos cuidados com o recém-nascido).

Para o rastreamento dos sintomas depressivos, foi utilizada a EPDS (Anexo 1), adotando-se ponto de corte 12.

A escala é de auto-registro e foi respondida em local privativo. Quando as participantes eram incapazes de ler, o questionário foi aplicado pelo pesquisador, como sugerido por Cox et al.²¹ Comparamos, em nossa população, a frequência de depressão pós-parto encontrada em questionários que a própria puérpera respondeu e a obtida nos casos em que o foi questionário foi aplicado pelo pesquisador.

Aos dados coletados, foram aplicadas técnicas de análise descritiva utilizadas para caracterizar a amostra estudada. As associações entre variáveis e a situação do paciente quanto à doença estudada foram submetidas aos testes qui-quadrado e Lèvene. Para as variáveis quantitativas, quando comparadas à situação de doença, foram utilizados os testes para comparação de duas médias (teste *t* de Student). O nível de significância adotado foi de 5%.

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número 0941/04.

Resultados

Na população de 292 mulheres, 115 (39,4%) apresentaram escores iguais ou superiores a 12 (escore médio de 16,37; desvio padrão – DP = 0,360) na EPDS,

que caracterizam a presença de sintomas depressivos; 177 (60,6%), com escores inferiores a 12, foram consideradas não-depressivas (escore médio de 6,23; DP = 3,048). As perdas chegaram a 1%, em decorrência do não-preenchimento completo da EPDS.

A média de idade das participantes e seus parceiros foi, respectivamente, de 24,7 anos (DP = 6,054) e 28,9 anos (DP = 7,223). Independente do estado civil, a maioria, 281 (95,9%), convivia maritalmente em uma relação estável (tempo médio de relacionamento de 5 anos). Em 15,8%, a renda familiar era inferior a um salário mínimo; em 36%, entre um e dois salários mínimos; em 31,5%, de dois a cinco salários; em 15,8%, superior a cinco salários; e 1% não soube informar. O perfil sociodemográfico e de hábitos de vida das participantes e seus parceiros está descrito na Tabela 1.

Quando avaliamos a relação entre as variáveis qualitativas maternas (sociodemográficas, hábitos de vida, obstétricas) e a depressão pós-parto, houve apenas associação significativa entre depressão pós-parto e o grau de instrução da mãe ($p = 0,0363$). Quanto menor o grau de escolaridade da mãe, maior a prevalência de depressão pós-parto (Tabela 2).

No tocante à associação entre depressão materna e as variáveis paternas estudadas, não foram aferidos índices significativos.

Encontramos resultados estatisticamente significantes em relação ao número de gestações, número de partos, número de filhos vivos, tempo de relacionamento (variáveis quantitativas maternas) e a ocorrência de depressão pós-parto. Mulheres com maior número de gestações, maior paridade, maior número de filhos vivos e menor tempo de relacionamento apresentaram índice sugestivo de depressão (Figuras 1 a 4).

Em 277 mulheres (94,9%), a escala foi lida, interpretada e respondida pela própria paciente, e somente 15 pacientes (5,1%) tiveram os questionários aplicados oralmente pelo pesquisador, das quais 14 apresentavam como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto, e uma, o ensino fundamental completo.

A associação entre depressão e o modo de aplicação do questionário não revelou significância estatística, como podemos observar na Tabela 3.

Discussão

A amostra estudada incluiu 292 mulheres que se encontravam entre 31 a 180 dias após o parto (média de 2,7 meses), com perfil sociodemográfico predominantemente formado por jovens (média de idade 24,7 anos), de cor branca, donas de casa, com parceiros estáveis. O nível de escolaridade do casal mais frequente foi o ensino médio completo, no entanto, com baixa renda familiar. A renda familiar baixa pode ser explicada pela

Tabela 1 - Informações sociodemográficas e hábitos das puérperas analisadas e seus parceiros

Variáveis	Maternas		Parceiros	
	n	(%)	n*	(%)
Escolaridade				
Ignorada	0	0	21	(7,2)
Nenhuma	0	0	4	(1,4)
Fundamental incompleto	75	(25,7)	62	(21,2)
Fundamental completo	42	(14,4)	43	(14,7)
Médio incompleto	80	(27,4)	59	(20,2)
Médio completo	89	(30,5)	90	(30,8)
Superior	6	(2,1)	12	(4,1)
Total	292	(100,0)	291	(100,0)
Cor				
Branca	143	(49,0)	116	(39,9)
Negra	49	(16,8)	40	(13,7)
Parda	100	(34,2)	133	(45,7)
Indígena	0	0	2	(0,7)
Total	292	(100,0)	291	(100,0)
Tabagismo				
Sim	28	(9,6)	74	(25,4)
Não	264	(90,4)	217	(74,6)
Total	292	(100,0)	291	(100,0)
Alcoolismo				
Sim	1	(0,3)	23	(7,9)
Não	291	(99,7)	268	(92,1)
Total	292	(100,0)	291	(100,0)
Drogas				
Sim	1	(0,3)	17	(5,8)
Não	291	(99,7)	273	(94,2)
Total	292	(100,0)	290	(100,0)

* Os totais são inferiores ao número da amostra inicial porque a mulher não sabia informar ou desconhecia o parceiro.

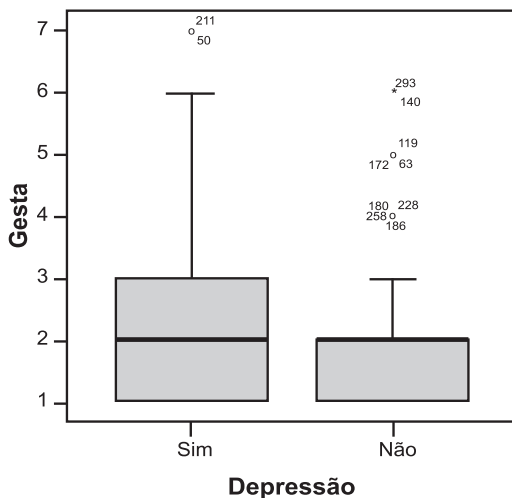


Figura 1 - Comparação entre as médias de número de gestações em mulheres deprimidas e não-deprimidas

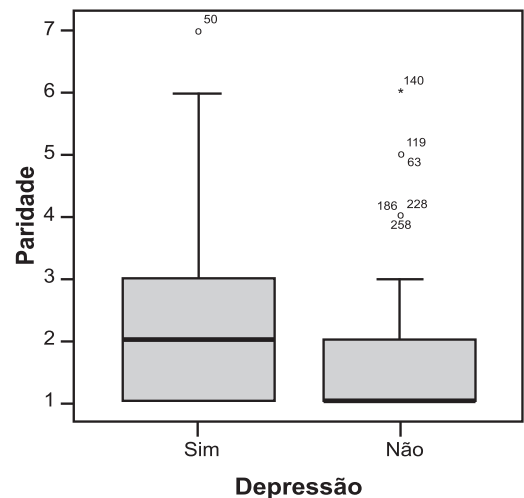


Figura 2 - Comparação entre as médias de paridade em mulheres deprimidas e não-deprimidas

Tabela 2 - Depressão pós-parto segundo características sociodemográficas, obstétricas e hábitos de vida materna

Variáveis	Deprimida	Não-deprimida	p*
	n (%)	n (%)	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	34(29,57)	41 (23,16)	0,0363
Fundamental completo	22 (19,3)	20 (11,30)	
Médio incompleto	33 (28,7)	47 (26,55)	
Médio completo	25 (21,74)	64 (36,16)	
Superior	1 (0,87)	5 (2,82)	
Cor			
Branca	55 (47,83)	88 (49,72)	0,9469
Negra	20 (17,39)	29 (16,38)	
Parda	40 (34,78)	60 (33,90)	
Renda			
< 1	23 (20,35)	23 (13,07)	0,1797
1,1-2	43 (38,05)	62 (35,23)	
2,1-5	34 (30,09)	58 (32,95)	
> 5	13 (11,50)	33 (18,75)	
Drogas			
Sim	1 (0,87)	0	0,8276
Não	114 (99,13)	177 (100,0)	
Nº de partos			
1	54 (46,96)	93 (52,54)	0,4162
2 ou mais	61 (53,04)	84 (47,46)	
Tipo parto			
Vaginal	67 (58,26)	112 (63,28)	0,4611
Cesárea	48 (41,74)	65 (36,72)	
Amamentação			
Sim	107 (93,04)	171 (96,61)	0,2654
Não	8 (6,96)	6 (3,39)	
Sexo recém-nascido			
Masculino	57 (49,57)	80 (45,20)	0,5414
Feminino	58 (50,43)	97 (54,80)	
Intercorrência			
Sim	17 (14,78)	31 (17,51)	0,6500
Não	98 (85,22)	146 (82,49)	
Auxílio em casa			
Sim	56 (48,70)	88 (49,72)	0,9594
Não	59 (51,30)	89 (50,28)	
Total	115 (100,0)	177 (100,0)	

* Teste do qui-quadrado.

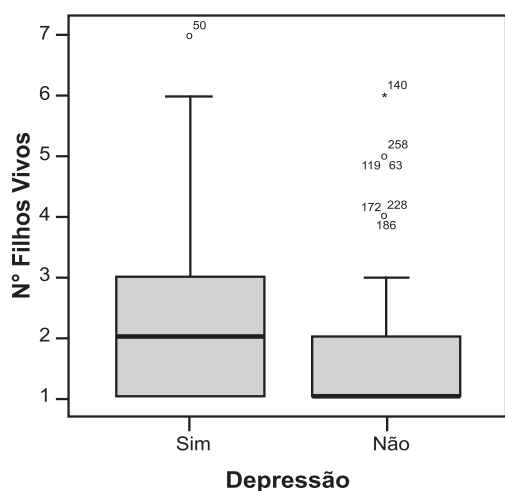


Figura 3 - Comparação entre as médias de número de filhos vivos em mulheres deprimidas e não-deprimidas

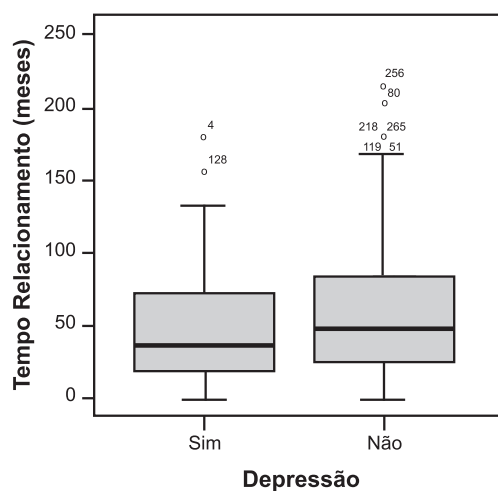


Figura 4 - Comparação entre as médias de tempo de relacionamento em mulheres deprimidas e não-deprimidas

Tabela 3 - Relação entre depressão pós-parto e o modo de aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

	Deprimida	Não-deprimida	
	n (%)	n (%)	p*
EPDS			
Oral	3 (2,61)	12 (6,78)	0,1914
Auto-registro	112 (97,39)	165 (93,22)	
Total	115 (100,0)	177 (100,0)	

EPDS = Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

* Teste do qui-quadrado.

menor participação dessas mulheres no mercado de trabalho e por não termos incluído, neste estudo, pacientes de sistema privado de saúde, apenas usuárias do Sistema Único de Saúde.

A depressão pós-parto avaliada pela EPDS esteve presente em 39,4% das mulheres do nosso estudo. Mesmo elevada, essa prevalência é compatível com alguns trabalhos nacionais, como o de Silva⁷, Skasufka³⁰ e Cruz³¹.

Outras publicações nacionais demonstram menores taxas de prevalência de depressão pós-parto, variando de 13 a 19%. No trabalho de Santos⁸, a amostra foi constituída predominantemente por mulheres com renda familiar e grau de escolaridade superiores aos da nossa amostra. Cury⁹ 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. Moraes utilizou a Escala de Hamilton, que prioriza sintomas cognitivos e somáticos¹⁰.

Também no contexto mundial, as diferenças metodológicas, sociais, culturais e econômicas das populações estudadas justificam a ampla variação nas prevalências encontradas (0 a 60%) como concluiu recente metanálise que incluiu trabalhos de 40 países, inclusive brasileiros³³.

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 Harris³² em estudo comparativo.

A aplicação da EPDS corroborou sua simplicidade e rapidez no que se refere à operacionalização da etapa de coleta de dados, não exigindo mais do que 10 minutos para o seu preenchimento, o que 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.

Mesmo considerando como limitação deste estudo a utilização da EPDS, e não critérios clínicos de depressão como preconizado pelo DSM-IV, julgamos importante o conhecimento de que o rastreamento de sintomas depressivos no período pós-parto pode ser estabelecido por questionário aplicado por profissionais treinados, já que o Brasil é um país em que muitas mulheres são analfabetas ou com dificuldades na leitura e compreensão de textos. Ressalte-se que essas mulheres, inclusive, podem ter maior probabilidade de apresentar a doença, por não contarem com meios que as ajudem buscar informações com facilidade. Também como fatores associados à provável depressão, encontramos o maior número de gestações, de partos, de filhos vivos e menor tempo de relacionamento com o parceiro, que são fatores determinantes de esgotamento físico e mental e instabilidade emocional materna, facilitadores da depressão.

Aplicamos oralmente a EPDS somente em 15 mulheres, que apresentavam em comum baixa escolaridade. Mesmo observando associação entre depressão e o menor grau de instrução da mãe, esse achado não se relacionou com o modo de aplicação do questionário. Isso confirma a possibilidade da aplicação do questionário oralmente, por não haver influência do entrevistador sobre o entrevistado, mas fazemos ressalva da necessidade de maiores estudos neste sentido.

O ponto de corte varia em diversos estudos de validação da EPDS em todo o mundo, justificado pela influência social, econômica e cultural de cada país. Cox²¹ alerta que a adoção de pontos de corte menores reduz o risco de falha no rastreamento dos sintomas depressivos, porém aumenta a possibilidade de diagnósticos falso-positivos. Zekowitz et al.³⁴ observaram 3,4% de depressão pós-parto, considerando ponto de corte 12, prevalência que dobrou (6,2%) quando reduzido o ponto de corte da EPDS para 10. Neste estudo, adotamos como ponto de corte escore igual ou maior a 12, por apresentar valores preditivos superiores (valor preditivo positivo de 78% e valor preditivo negativo de 85%) quando comparados aos de outros escores, como demonstrou Santos⁹ em estudo brasileiro.

Podemos concluir que os inúmeros estudos epidemiológicos sobre depressão pós-parto confirmam a complexidade do tema ao demonstrar divergência nas prevalências encontradas, multiplicidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias propostas. O grande número de mulheres com sintomas depressivos em nossa amostra confirma que a depressão é problema sério de saúde pública, o que justifica a capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce da depressão pós-parto, tendo como auxílio instrumentos como a EPDS, pela sua eficácia e praticidade.

Referências

- Paprocki J. Tratamento de depressão pelo médico geral. *J Bras Psiquiatr*. 1990;39(Supl 1):S49-59.
- Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira RR. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996.
- O'Hara MW, Zekoski EM. Postpartum depression: a comprehensive review. In: Kumar R, Brockington IF, editors. *Motherhood and mental illness*. London: Oxford; 1988. p. 17-63.
- World Health Organization. Depression: mental health [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 1999;93(5 Pt 1):653-7.
- 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.
- 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.
- Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
- Cury AF. Depressão puerperal: relação com eventos vitais estressantes, modo de enfrentamento e níveis do ácido 5 hidroxiindolacético [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2001.
- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):65-70.
- Cox JL. Postnatal depression: a guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1986.
- Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(7):420-4.
- Thurtle V. Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. *J Adv Nurs*. 1995;22(3):416-24.
- Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum depression: a critical review. *Psychol Bull*. 1984;95:498-515.
- Kendell RE. Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *J Psychosom Res*. 1985;29:3-11.
- Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173(2):639-45.
- 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.
- Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract*. 1996;43(6):S17-24.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual os mental disorder*. 4th ed. Washington: APA; 2000.
- Moreno AR, Moreno DH. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Rev Psiquiatr Clin*. [periódico na Internet]. 1998 set-out [acesso em 2005 abr 21];25(5):71-87. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
- Cox J. Postnatal mental disorders: towards ICD-11. *World Psychiatry*. 2004;3(2):96-7.
- Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ*. 1998;316(7148):1884-6.
- Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression *J Affect Disord*. 2006;93(1-3):233-7.
- Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health*. 2002;7(4):378-82.
- Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *J Affect Disord*. 2000;58(2):145-54.
- Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D, Ontario Mother & Infant Survey. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. *BMC Fam Pract*. 2002;3:5.
- Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2004;113(3 Pt 1):551-8.
- Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord*. 2004;78(2):163-9.
- 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.
- 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.
- 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.
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):97-111.
- Zelkowitz P, Milet TH. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can J Psychiatry*. 1995;40(2):80-6.