

Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados

Prevalence of postpartum depression and associated factors

Inácia Gomes da Silva Moraes^a, Ricardo Tavares Pinheiro^b, Ricardo Azevedo da Silva^a, Bernardo Lessa Horta^c, Paulo Luis Rosa Sousa^b e Augusto Duarte Faria^b

^aEscola de Psicologia. Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Pelotas, RS, Brasil. ^bPrograma de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento UCPel. Pelotas, RS, Brasil. ^cPrograma de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Depressão pós-parto, epidemiologia.
Prevalência. Fatores socioeconômicos.

Keywords

Depression, postpartum,
epidemiology. Prevalence.
Socioeconomic factors.

Resumo

Objetivo

Avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão pós-parto.

Métodos

O estudo foi realizado na cidade de Pelotas, entre outubro e novembro de 2000. As mães (n=410) foram entrevistadas no hospital, utilizando dois questionários sobre informações obstétricas e psicossociais. Posteriormente, as puérperas foram visitadas em casa, entre 30 a 45 dias depois do parto, quando foi aplicada a Escala de Hamilton com o objetivo de medir e caracterizar a presença de sintomas depressivos. O teste do qui-quadrado foi utilizado na comparação entre proporções e a regressão logística não condicional, na análise multivariada. Os dados foram analisados hierarquicamente: no primeiro nível as variáveis socioeconômicas, no segundo, as variáveis demográficas, no terceiro, estavam as variáveis obstétricas e no último nível, as variáveis psicossociais.

Resultados

A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 19,1%. As variáveis renda familiar (OR=5,24; IC 95%: 2,00-13,69), preferência pelo sexo da criança (meninos: OR=3,49; IC 95%: 1,76-6,93) e pensar em interromper a gestação (OR=2,52; IC 95%: 1,33-4,76), apresentaram associação com a ocorrência de depressão.

Conclusões

Os achados sugerem que baixas condições socioeconômicas de vida da puérpera e a não aceitação da gravidez são elementos-chave no desenvolvimento da depressão pós-parto.

Abstract

Objective

To assess the prevalence of postpartum depression and associated factors.

Methods

The study was carried out in Pelotas, a city in the Southern region of Brazil, between October and November 2000. Mothers (n=410) were interviewed in the hospital using two questionnaires on obstetric and psychosocial data. Later, these mothers were visited at home, within 30 to 45 days after delivery. Occurrence of postpartum depressive symptoms was assessed by the Hamilton Scale for Depression. Chi-square test was used for comparison between proportions and non conditional logistic regression was utilized in the multivariate analysis. Data analysis was

Correspondência/ Correspondence:

Inácia Gomes da Silva Moraes
Rua Clóvis Candiota, 351
96077-590 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: inaciamoraes@uol.com.br

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS - Processo n. 99/0062.0).
Recebido em 13/12/2004. Reapresentado em 9/8/2005. Aprovado em 6/9/2005.

conducted hierarchically: economic variables in the first level, sociodemographic in the second level, the obstetrics variables in the third level and, in the fourth level, the psychosocial variables.

Results

The prevalence of postpartum depression observed in this sample was 19.1%. Family income (OR=5.24; CI 95%: 2.00-13.69), preference as to the child's gender (boys: OR=3.49; CI 95%: 1.76-6.93) and thinking about interrupting the pregnancy (OR=2.52; CI 95%: 1.33-4.76), were variables associated with postpartum depression.

Conclusions

These results indicate that low economic status of the puerperal woman and nonacceptance of pregnancy are key elements in the development of postpartum depression.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas.¹

A prevalência da DPP está entre 10 e 20% de acordo com a maioria dos estudos.^{1,2,6,12} As variações entre os índices de prevalência devem-se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, bem como a diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados. No Brasil, em um estudo realizado no Distrito de Anápolis, em São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, Da-Silva et al⁶ observaram prevalência de 12% de depressão no terceiro mês do pós-parto (N=33). Outros dois trabalhos brasileiros encontraram prevalências semelhantes: 13,3% (N=120), no estudo* de validação para o português do *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) realizado em Recife, Pernambuco, e 13,4% (N=236) na validação do *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS) para o Brasil.¹¹

Menor escolaridade⁵ e baixo nível socioeconômico^{3,7,9,12} são os fatores mais comumente associados com DPP. Entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social,^{4,9} história de doença psiquiátrica,^{3,9,12} tristeza pós-parto,^{3,7,9,14} depressão pré-natal,^{9,12} baixa auto-estima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não pla-

nejada,⁷ tentativa de interromper a gravidez, trans-torno disfórico pré-menstrual¹⁴ e sentimentos negativos em relação à criança.

Posto isso, o presente estudo foi conduzido com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados para depressão pós-parto, diferenciando-se de outros realizados anteriormente no País, tanto por tratar-se de estudo de base populacional quanto pela magnitude da amostra.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, considerada de médio porte, com cerca de 340 mil habitantes. A seleção da amostra para esta coorte prospectiva de base populacional, em amostra hospitalar aleatória, foi realizada durante os meses de outubro (dias ímpares) e novembro (dias pares) de 2000, nas cinco maternidades da cidade. Os entrevistadores verificavam nos registros dos hospitais, os nascimentos ocorridos no dia anterior e coletavam na ficha da paciente todos os dados sobre o nascimento e as condições de saúde da mãe e da criança. Para inclusão no estudo a mãe deveria ser moradora da zona urbana e ser capaz de compreender e consentir sua participação.

Ainda no hospital, as mães eram convidadas a participar do estudo e, uma vez obtidos os consentimentos por escrito, dois questionários foram aplicados. Um investigou dados socioeconômicos (renda familiar, classe social, escolaridade e trabalho durante a gravidez), demográficos (idade, estado civil, sexo da criança, número de filhos e com quem mora) e obstétricos (orientação médica sobre o parto, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, nasceu vivo, peso do recém-nascido, necessidade de unidade de terapia intensiva intermediária ou neonatal e primiparidade).

* Cantilino A. Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.

O outro questionário avaliou dados psicossociais (planejamento da gravidez, apoio do companheiro, família e/ou amigos durante a gravidez, reação do pai à gravidez, pensar em interromper a gestação, tentativa de interrupção da gravidez, presença de alguma pessoa ao lado durante o parto e preferência por sexo da criança).

Decorridos 30 a 45 dias do parto, foram realizadas as visitas domiciliares para medir e caracterizar a presença de sintomas depressivos, aplicando-se a Escala de Hamilton (HAM-D)¹⁰ na versão de 21 itens por avaliadores treinados. O somatório dos pontos da escala originou uma variável contínua, posteriormente dicotomizada, tendo sido estabelecido o ponto de corte em 18 ou mais pontos, o que caracteriza depressão moderada a grave.¹⁰ A opção por esse ponto de corte buscou reduzir o número de falsos positivos, já que não foi utilizada entrevista clínica para o diagnóstico de depressão.

O teste do qui-quadrado foi utilizado na comparação entre proporções, e a regressão logística não condicional na análise multivariada. A significância estatística referente à introdução de cada variável no modelo foi avaliada pelo teste de razão de verossimilhança. Na regressão logística os dados foram analisados hierarquicamente: no primeiro nível entraram as variáveis socioeconômicas, no segundo, as variáveis demográficas,

no terceiro estavam as variáveis obstétricas e no último nível, as variáveis psicossociais. No modelo hierarquizado, cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído e as variáveis com um valor do $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança permaneceram. As variáveis selecionadas em um determinado nível mantiveram-se nos modelos subseqüentes e foram consideradas como fatores de risco para a DPP, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, tivessem perdido sua significância.

Assumindo-se que a prevalência de depressão na população em 15% e a margem de erro de 3,5 pontos percentuais, o tamanho estimado da amostra foi de 373 puérperas. Incluindo-se 10% para perdas chegou-se a uma amostra total de 410 mães.

As puérperas com diagnóstico de depressão pós-parto foram encaminhadas a Clínica Psicológica da Universidade, para atendimento especializado. A pesquisa foi aprovada por comitê ético-científico institucional.

RESULTADOS

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, o total de nascimentos no município de Pelotas no ano 2000 foi de 5.617, com 92% a 94% das

Tabela 1 - Distribuição da população, prevalência de depressão pós-parto de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas e razão de chance para DPP. Pelotas, RS, 2000.

Variável	N	Valor de p	Prevalência	Média (DP)	OR (IC95%)
Renda familiar (salários-mínimos)		p=0,005			
Até 1	55		30,9%		5,24 (2-13,69)
1,1 até 3	146		21,9%		2,80 (0,97-8,06)
3,1 até 5	75		20,0%		2,72 (0,94-7,87)
5,1 até 10	89		7,9%		Referência
Classe Social		p=0,025		512,84 (38,05)	
A + B	78		10,3%		Referência
C	141		17,7%		1,88 (0,80-4,41)
D	165		24,8%		2,89 (1,28-6,51)
E	26		30,8%		3,89 (1,28-11,78)
Escolaridade materna (em anos)		p=0,003			
Até 1º grau incompleto	219		26%		6,32 (1,47-2,09)
1º grau c/ o 2º incompleto	90		15,6%		3,31 (0,71-15,34)
2º grau completo	60		11,7%		2,37(0,46-12,08)
Superior	38		5,3%		Referência
Idade (em anos)		p=0,005		7,4 (3,48)	
13 a 18	71		33,8%		2,80 (1,35-5,79)
19 a 30	234		17,9%		1,20 (0,64-2,25)
31 ou mais	104		15,4%		Referência
Estado Civil		p=0,012		25,74 (6,81)	
Casado	239		15,9%		Referência
Solteiro/ Separado/Viúvo	131		26,7%		1,92 (1,14-3,24)
Nº de consultas Pré-natal		p=0,016			
Nenhuma	15		40,0%		3,28 (1,11-9,62)
Até 5	81		27,2%		1,83 (1,03-3,26)
6 ou mais	302		16,9%		Referência
Peso ao nascer (em g)		p=0,72		7,85 (3,56)	
Menos de 2.499	34		17,6%		0,84 (0,33-2,11)
Acima de 2.500	376		20,2%		Referência
Número de filhos		p=0,724		3.195,52 (553,88)	
Nenhum	163		19,0%		Referência
1	95		18,9%		0,71 (0,37-1,38)
2	66		22,7%		0,71 (0,34-1,49)
3 ou mais	73		24,7%		0,89 (0,41-1,96)

DP: Desvio-padrão

Tabela 2 - Distribuição da população, prevalência de depressão pós-parto de acordo com variáveis psicossociais e razão de chance para DPP. Pelotas, RS, 2000.

Variável	N	Valor de p	Prevalência	OR (IC 95%)
Planejamento do filho		P=0,603		
Sim	174		17,8%	Referência
Não	236		21,6%	1,27 (0,77-2,09)
Apoio do pai		p=0,030		
Muito apoio	378		18,3%	Referência
Pouco apoio	25		36,0%	2,52 (1,06-5,93)
Apoio da família		p=0,248		
Muito apoio	395		19,7%	Referência
Pouco apoio	12		33,3%	2,03 (0,59-6,92)
Presença durante o parto		p=0,595		
Sim	146		18,5%	Referência
Não	261		20,7%	1,14 (0,68-1,92)
Pensou em não ter		p=0,005		
Sim	76		31,6%	2,60 (1,28-5,25)
Não	333		17,4%	Referência
Tentou interromper a gestação		p=0,031		
Sim	14		42,9%	2,09 (0,56-7,67)
Não	394		19,3%	Referência
Preferência pelo sexo		p=0,000		
Menino	91		33,0%	3,58 (1,94-6,60)
Menina	118		22,9%	2,36 (1,18-3,96)
Sem preferência	199		12,1%	Referência

mães residindo na zona urbana. Foram entrevistadas 430 mães que tiveram filhos entre outubro e novembro de 2000, nas cinco maternidades de Pelotas, encontrando-se uma prevalência de depressão pós-parto de 19,1% (IC 95%: 15,7-23,3). A média de pontos na escala HAM-D foi de 10,60 com desvio-padrão de 8,4. As perdas chegaram a 4%, totalizando uma amostra de 410 puérperas.

A maior parcela da amostra era constituída por puérperas casadas, com idade entre 20 e 29 anos, menos de oito anos de escolaridade e classificadas nas classes sociais C e D. A prevalência de depressão pós-parto foi maior entre as mães de nível socioeconômico mais baixo e de menor escolaridade (Tabela 1).

Em relação aos fatores obstétricos, apenas o número de consultas de pré-natal apresentou associação com DPP (Tabela 1). Já entre os fatores psicossociais, a preferência por sexo da criança, apoio do pai e o fato de pensar em interromper a gravidez foram as variáveis associadas significativamente com DPP (Tabela 2).

Na análise multivariada, entre as variáveis pertencentes ao primeiro nível (renda e classe social), apenas a renda permaneceu no modelo. Os resultados apontaram para um aumento na chance de ocorrência de DPP quando a renda decresce, sendo que as puérperas com renda familiar de até um salário mínimo tiveram maior chance de depressão (OR=5,24; IC 95%: 2,00-13,69). Das variáveis sociodemográficas analisadas no segundo nível (idade, escolaridade materna e estado civil), nenhuma permaneceu no modelo.

O número de consultas de pré-natal foi incluída no terceiro nível, mas após ajuste para renda familiar, o efeito do número de consultas pré-natal foi reduzido e a variável não permaneceu no modelo. Por exemplo, após controle para renda, a chance de DPP em uma puérpera que não fez pré-natal modificou de 3,28 (1,11-9,62) para 2,75 (0,88-8,49). Finalmente, no quarto nível foram analisadas as variáveis psicossociais (apoio do pai, pensar em interromper a gravidez, tentativa de interromper a gestação e preferência pelo sexo da criança), permanecendo apenas pensar em interromper a gravidez e preferência pelo sexo. Entre as mães que

Tabela 3 - Modelo hierárquico final para depressão pós-parto (razão de odds e 95% de intervalo de confiança). Pelotas, RS, 2000.

Nível hierárquico	Variável	OR (IC 95%)
1*	Renda familiar (salário-mínimo)	
	Até 1	5,46 (1,93-15,45)
	1,1 até 3	3,24 (1,27-8,28)
	3,1 até 5	3,13 (1,12-8,76)
	5,1 até 10	Referência
4**	Pensou em interromper a gravidez	
	Sim	2,52 (1,33-4,76)
	Não	Referência
4**	Preferência por sexo	
	Menino	3,49 (1,76-6,93)
	Menina	1,88 (0,95-3,71)
	Sem preferência	Referência

*Sem ajuste

**Ajustado para renda familiar e para a outra variável incluída no mesmo nível hierárquico

Tabela 4 - Resumo dos estudos sobre depressão pós-parto examinados. Dados referentes a países de realização do estudo, delineamento, número de parturientes avaliadas, instrumento, prevalência e momento da avaliação de depressão. Pelotas, RS, 2000.

Autor & ano	País	Delineamento	N	Instrumento	Prevalência	Momento da avaliação no pós-parto de depressão
Cantilino* (2003)	Brasil	T	120	PDSS*	13,3 (7,2-19,3)	2 a 15 semanas
Inandi et al ⁹ (2002)	Turquia	P/T	2.514	EPDS**	27,2 (25,4-28,9)	1 ano
Eberhard-Gran et al ⁸ (2002)	Noruega	P/T	2.730	EPDS	8,9 (7,8-9,9)	Não informado
Chaaya et al ⁵ (2002)	Libano	P/CO	396	EPDS	21 (16,9-25)	1 dia
Manzano et al ¹¹ (2002)	Espanha	P	306	EPDS	15,7 (11,6-19,8)	Entre a 3 e a 8 semanas
Alvarado et al ² (2000)	Chile	CO	125	EC DSM III***	22,4 (15-29,7)	8 semanas
Lee et al ¹⁰ (2000)	Hong-Kong	T	220	EC DSM IV***	11,7 (7,3-16)	2 dias
Vega-Dienstmaier et al ¹⁴ (1999)	Peru	T	425	EC DSM IV	5,9 (3,7-8,1)	1 ano
Santos et al ¹³ (1999)	Brasil	T	236	EPDS	13,4 (9-17,7)	Entre a 6 e a 24 semanas
Da Silva et al ⁷ (1998)	Brasil	T	33	EPDS	12 (9-23)	12 semanas
Abou-Saleh & Ghubash ¹ (1997)	Emirados Árabes	T	95	EPDS	18 (10-25,7)	1 semana
Cox et al ⁶ (1993)	Inglaterra	CC	232	EPDS	13,8 (9-18)	6 meses

T: Transversal; P: Base populacional; T: Transversal; CO: Coorte; CC: Caso-controle

PDSS: Postpartum Depression Screening Scale

EPDS: Edinburgh Post-natal Depression Scale EC DSM III & IV: Entrevista Clínica DSM III & IV

*Cantilino A. Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003

preferiam meninos a razão de chance bruta foi de 3,58 (1,94-6,6), modificando após o ajuste para 3,49 (1,76-6,93), ao mesmo tempo em que entre as mães que preferiam meninas o OR bruto foi 2,36 (1,18-3,96), diminuindo para 1,88 (0,95-3,71). Já entre as mães que pensaram em não ter o filho o OR bruto foi de 2,60 (1,28-5,25), caindo para 2,52 (1,33-4,76), mantendo-se a chance para depressão (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Este é o primeiro trabalho de base populacional realizado no País que analisa amostra dessa magnitude. Ao comparar-se a prevalência encontrada com estudos de outros países verifica-se grande heterogeneidade de resultados, que variam de 5,92¹³ a 27,5.⁸ O limite inferior do intervalo de confiança do presente estudo não inclui o valor de prevalência de alguns dos estudos analisados, confirmando a discrepância entre os resultados, mesmo entre os estudos de base populacional examinados (Tabela 4).

A prevalência encontrada (19,1%) é maior, comparada aos outros estudos brasileiros^{6,11} (Tabela 4), o que talvez possa ser explicado pelas diferenças metodológicas entre os estudos. A primeira dessas diferenças refere-se ao instrumento utilizado, dois dos estudos utilizam EPDS e o último, PDSS enquanto a presente investigação utilizou a escala HAM-D. Além disso, dois desses trabalhos buscaram validar as respectivas escalas. Outra possível causa da diferença é o momento da coleta. O presente estudo utilizou um período bem mais próximo do parto que os demais trabalhos nacionais,¹¹ que utilizaram um largo espectro de semanas para a avaliação. Além disso, a atual investigação pesquisou uma amostra de tamanho e

abrangência superior aos demais, por tratar-se de um estudo de base populacional.

A variável socioeconômica que apresentou associação com DPP foi renda familiar, resultado semelhante ao encontrado em outras investigações.^{3,7,8,12} A DPP é influenciada por dificuldades impostas pela pobreza. Porém, a presente investigação não permitiu inferir quais dessas dificuldades estariam relacionadas à DPP. Outra limitação do presente estudo refere-se à falta de avaliação de outras variáveis importantes como a existência de problemas psiquiátricos anteriores à gestação e a presença de depressão durante a gravidez.

Não se encontrou associação entre os quadros depressivos no pós-parto e as variáveis demográficas e obstétricas. Por outro lado, a preferência pelo sexo da criança e ter pensado em interromper a gravidez mostraram associação com DPP. Parece que a rejeição à maternidade entendida por cogitar em não ter o filho é um fator que aumenta a chance para depressão no pós-parto.

Pode-se concluir que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério.

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, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

REFERÊNCIAS

1. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(5):428-32.
2. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves G, Olea E, Perucca Páez E et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000;38(2):84-93.
3. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50(5):275-85.
4. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health* 2002;5(2):65-72.
5. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.
6. Da-Silva VA, 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.
7. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(6):426-33.
8. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002;31(6):1201-7.
9. Lee DTS, Yip ASK, Leung TYS, Chung TKH. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000;6(4):349-54.
10. Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)* 1998;25(5):1-17.
11. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin (São Paulo)* 1999;26(2):32-40.
12. Sierra Manzano JM, Carro García C, Ladrón Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria* 2002;30(2):103-11.
13. Vega-Dienstmaier JM, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27(5):299-303.
14. Webster J, Linnane J, Dibley L, Pritchard M. Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40(4):409-12.