

Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto*

A Systematic Review on Risk Factors Associated to Postpartum Depression

Poliana Patrício Aliane¹

Marli Vilela Mamede¹

Erikson Felipe Furtado¹

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar fatores de risco relacionados à depressão pós-parto. Foi realizada uma revisão sistemática nas bases PubMed, Scielo e Lilacs. Descritores: *postpartum depression*, *risk factors*, *epidemiological studies*. Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos, idiomas inglês, português ou espanhol, amostra de mulheres acima de 18 anos, avaliação da depressão pós-parto realizada, no mínimo, 15 dias pós-parto. Foram selecionados 35 artigos e encontrados 70 fatores de risco para depressão pós-parto. Os fatores de risco mais frequentemente citados pertenciam ao agrupamento de fatores psicológicos/psiquiátricos. A evolução das investigações sobre depressão pós-parto tem privilegiado o estudo dos fatores psicossociais. Fatores hormonais/genéticos aparecem com baixa representatividade nesses estudos. Mulheres em situação de risco podem ser identificadas nas consultas pré-natais permitindo ações preventivas para a depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; fatores de risco; revisão; saúde da mulher.

Abstract

This study sought to investigate risk factors associated to postpartum depression. A systematic review of the literature was conducted on the databases PubMed, Scielo and Lilacs, with the keywords *postpartum depression*, *risk factors* and *epidemiological studies*. Inclusion criteria: articles published in the last five years in the following languages: English, Portuguese or Spanish; the sampling consisted of women above 18 years of age, with the postpartum depression assessment undertaken at least fifteen days after birth. There were 35 articles selected. From those, 70 risk factors were associated to postpartum depression. The risk factors that appear more frequently were psychological/psychiatric ones. The development of the investigations about postpartum depression has privileged the knowledge about psychosocial risk factors. A low frequency of hormonal/genetic factors appeared in these studies. The conclusion points out to the need of pregnant women in risk situation to be identified in the prenatal care in order to allow preventive actions for postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression; risk factors; review; women's health.

¹ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP.

A caracterização da depressão pós-parto (DPP) enquanto descrição de um transtorno psiquiátrico não recebe ainda uma diferenciação nosológica do transtorno depressivo descrito no DSM-IV, senão pelo especificador “com início no pós-parto” (quatro semanas após o parto) (American Psychiatric Association, 1994). Entretanto, tanto os sintomas quanto os fatores de risco da DPP podem apresentar algumas diferenciações e peculiaridades em relação ao transtorno depressivo.

Há uma hipótese de base endócrina para a depressão em mulheres que diz respeito às alterações hormonais. Isto explicaria porque as mulheres estão mais propensas à depressão no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa. Contudo, estudos científicos não conseguiram provar diferenças nos índices hormonais entre puerperas com e sem diagnóstico de DPP (Noelen-Hoeksema, 1995). Além disso, um estudo de revisão sistemática concluiu que não há suporte científico definitivo ou evidências de relações diretas entre transtornos

endócrinos específicos do puerpério e depressão puerperal, e que os resultados nesse sentido são frequentemente inconclusivos ou contraditórios (Schmidek & Furtado, 1999). Há ainda evidências de que muitas mulheres que apresentam DPP já estavam deprimidas durante a gestação, período em que os índices hormonais são diferentes do período puerperal (Noelen-Hoeksema, 1995).

Por outro lado, é importante considerar os fatores psicossociais e sociodemográficos que aumentam a vulnerabilidade para DPP, tais como: estresse durante a gestação, episódios depressivos passados, relações conflituosas com o parceiro e a família, baixa renda familiar, estado civil, dentre outros (Zinga, Phillips & Born, 2005). O'Hara e Swain (1991) descrevem o modelo de vulnerabilidade-estresse, no qual, em pessoas vulneráveis à depressão, os eventos de vida estressantes podem desencadear o transtorno. Para este modelo são consideradas vulneráveis à depressão pessoas que já tiveram depressão na vida, depressão na gestação ou

mesmo pessoas com auto-esquemas depressivos. Entre as mulheres com esta vulnerabilidade, a gestação, o parto, os cuidados com o bebê, entre outros, poderiam atuar como fatores estressores e desencadear o transtorno depressivo.

Sendo assim, pode-se afirmar que a etiologia da DPP ainda não é totalmente conhecida. Além dos fatores hormonais, psicossociais e sociodemográficos, anteriormente citados, fatores hereditários, obstétricos e de saúde da gestante podem estar envolvidos numa manifestação depressiva no pós-parto (Zinga, Phillips & Born, 2005).

Alguns estudos realizados no Brasil descreveram a prevalência de depressão pós-parto variando de 12% a 19% entre as puérperas entrevistadas (Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins & Teixeira, 1998; Moraes *et al*, 2006). Apesar de esses índices serem elevados, observa-se que, clinicamente, a realização de uma investigação do estado emocional em gestantes e das mulheres pós-parto não tem recebido a devida importância, bem como, poucas são as mulheres que procuram por tratamento quando acometidas pela depressão neste período. Em geral, existem algumas dificuldades diagnósticas, como o subdiagnóstico do transtorno e a sobreposição e/ou associação com sintomas psicóticos, além de dificuldades terapêuticas como o risco de suicídio ou filicídio, dificuldade farmacoterápica devido à amamentação e risco à saúde do lactente e incerteza da resposta terapêutica em função das variações hormonais do puerpério (Furtado, 2000).

É sabido que a DPP pode, além de afetar os cuidados maternos, ter implicações negativas na interação mãe-bebê e afetar o desenvolvimento da criança (Ramos & Furtado, 2007; Medeiros & Furtado, 2004).

Inicialmente, essas implicações podem se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e, futuramente, contribuir como um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios afetivos na idade adulta (Dodge, 1990; Gross, 1989).

Um episódio de depressão pós-parto também pode ter consequências prejudiciais para a família e para o relacionamento conjugal. Além disso, a depressão pós-parto leva ao aumento da utilização de recursos dos serviços de saúde, podendo levar até ao suicídio (Chaudron & Pies, 2003, Chew-Graham, Sharp, Chamberlain, Folkes & Turner, 2009).

Assim, identificar os fatores de risco, os métodos e instrumentos utilizados na investigação da DPP, como objetivo proposto por esta revisão sistemática, pode permitir um olhar mais atento para o reconhecimento da DPP e uma avaliação clínica mais adequada de gestantes e puérperas, bem como prevenir os problemas relacionados para a mulher, seus relacionamentos interpessoais e sua prole.

Método

A revisão sistemática é um estudo secundário que reúne, de forma organizada, grande quantidade de resultados de pesquisas e auxilia na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão. A revisão sistemática responde a uma pergunta de pesquisa e utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes. Nas revisões sistemáticas, a unidade de análise são os estudos primários selecionados através de método sistemático e pré-definido (Castro, Saconato, Guidugli & Clark, 2002).

Foi realizada uma revisão sistemática nos seguintes indexadores eletrônicos: Pubmed, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Numa primeira etapa foram pesquisados os termos *postpartum depression*, *risk factors* e *epidemiological studies* como palavras-chave na base de dados Pubmed. Nas bases Scielo e Lilacs foi utilizada somente a palavra-chave depressão pós-parto, já que nenhum registro foi encontrado no cruzamento das três palavras-chave supracitadas. A escolha destas palavras-chave justifica-se por estarem relacionadas ao objeto de estudo e por pertencerem ao catálogo de descritores do PubMed (*MESH terms*).

Foram aceitos para esta revisão bibliográfica somente os trabalhos publicados nos últimos cinco anos, publicados em português, inglês ou espanhol, com amostra composta por mulheres acima de 18 anos, cuja variável de desfecho estudada era a DPP ou sintomas de DPP avaliadas, no mínimo, após 15 dias do parto, e que tinham dentre os objetivos a análise de um ou mais fatores associados à DPP. Foram excluídos desta revisão bibliográfica artigos não empíricos.

Como segunda etapa foi feita a leitura sistemática dos resumos gerados pela busca realizada na data 03/02/10 a fim de verificar quais estudos eram pertinentes ao objetivo deste trabalho.

A seleção dos resumos foi realizada pelo autor principal. Nos casos em que houve dúvida em relação à inclusão ou não do artigo, foi realizada a análise pelos demais autores e a leitura completa do artigo.

A Figura 1 descreve as estratégias utilizadas para a busca nas bases de dados referidas, bem como o número de artigos encontrados e aceitos de acordo com os critérios pré-definidos para esta revisão sistemática. Ao todo, foram incluídos 35 artigos.

Na terceira etapa, os artigos selecionados foram lidos e tabulados de acordo com os critérios: idioma de publicação, instrumento utilizado para rastreamento ou diagnóstico de depressão pós-parto, instrumento utilizado para identificação dos fatores de risco, delineamento metodológico do estudo, fatores de risco associados à DPP.

Os fatores de risco listados pelos artigos foram agrupados em categorias de fatores para melhor compreensão e descrição das análises. Desta forma as categorias criadas foram: psicológico/psiquiátrico (exemplo: ter tido episódio de depressão passada, estresse, baixa autoestima, etc.), socioeconômico/

cultural (exemplo: etnia, renda familiar, estado civil, idade, etc.), suporte social/relações interpessoais (exemplo: insatisfação conjugal, suporte social, violência, etc.), hormonal (exemplo: transtorno disfórico pré-menstrual), obstétricos (exemplo: dor no corte da episiotomia, multiparidade), saúde da mãe (exemplo: uso de tabaco, psicofármacos, não amamentar no seio, etc.), saúde do bebê (exemplo: hospitalização do recém-nascido, problemas de saúde no bebê, etc.), genético (exemplo: gene TPH2).

Por fim foram realizadas as análises dos dados com relação ao objetivo proposto para esta revisão sistemática.

Resultados

Os artigos selecionados para esta pesquisa são, em sua maioria, publicados em língua inglesa (30 artigos), havendo três publicações em língua espanhola e duas em português. Quanto ao instrumento utilizado para rastrear a depressão pós-parto ou para medir a presença e intensidade de sintomas depressivos, destaca-se a maior prevalência da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) que foi utilizado em vinte e cinco dos trinta e cinco estudos analisados. Em seguida, o inventário BDI (*Beck Depression Inventory*)

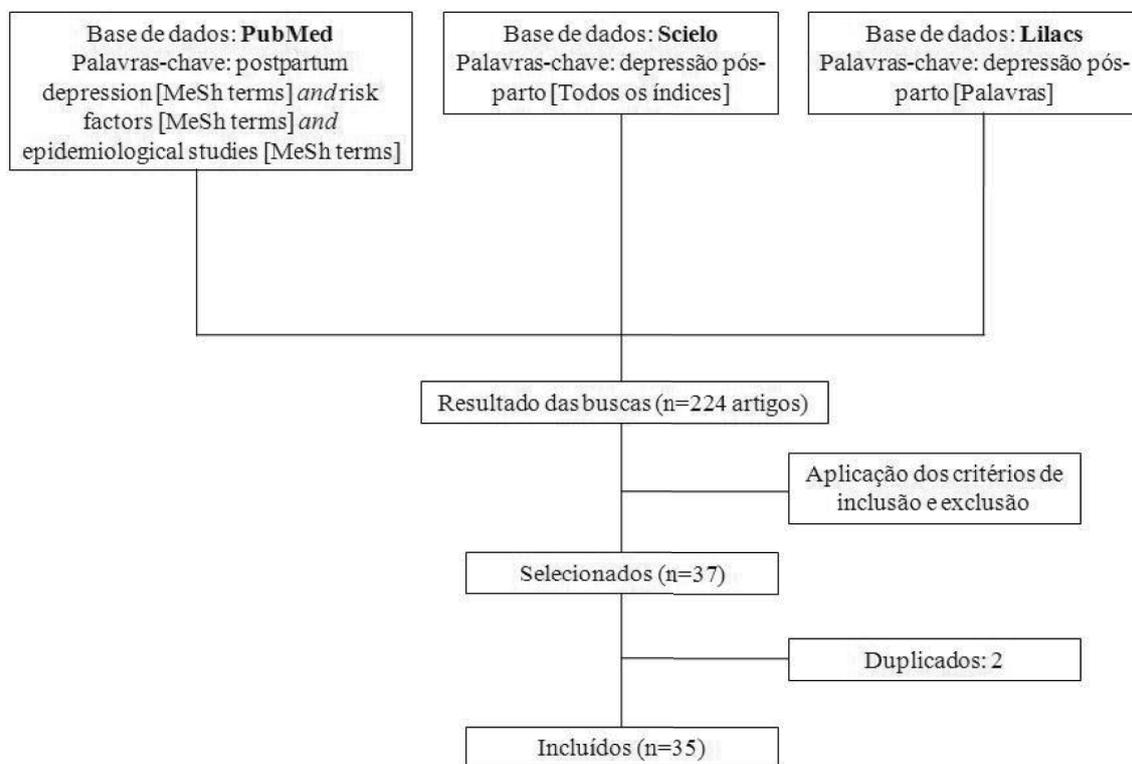


Figura 1 – Número de artigos selecionados e excluídos nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo

foi utilizado em três estudos. Os demais instrumentos utilizados foram a escala Hamilton, a escala CES-D (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*), a escala PDSS (*Postpartum Depression Screening Scale*), a PDSS (*Postpartum Depression Scanning Scale*) e o GHQ-12 (*General Health Questionnaire*).

Entrevistas diagnósticas foram utilizadas em oito artigos. Dentre as entrevistas diagnósticas semi-estruturadas o *Structured Interview for DSM-IV*, não-paciente (SCID-IV) e o *Schedule for Affective Disorders* (SADS-C) foram usados em um artigo cada.

Resumindo, vinte e sete artigos utilizaram somente instrumentos de rastreamento/intensidade de sintomas depressivos, quatro utilizaram somente critérios diagnósticos, e quatro estudos utilizaram critérios de rastreamento e diagnóstico.

Para investigação dos fatores de risco, as formas mais comumente utilizadas foram: uso de instrumentos validados para verificação de um fator de risco específico como ansiedade, depressão passada, eventos de vida, suporte social, estresse, entre outros (dezenove estudos) e o uso de questionários desenvolvidos pelo autor (dezessete estudos). Outras formas de investigação de fatores de risco foram através de instrumentos em validação (um estudo), critérios diagnósticos (um estudo) e procedimentos com análise laboratorial/ medidores fisiológicos (dois estudos). Alguns estudos utilizaram mais de um instrumento validado e/ou mais de uma forma de investigação dos fatores de risco.

Quanto ao delineamento metodológico, observou-se que vinte e três estudos utilizaram delineamento longitudinal e doze realizaram delineamentos transversais. Dentre os estudos longitudinais, a maioria (treze estudos) realizou duas observações. Cinco estudos relataram três momentos de observação; quatro estudos fizeram quatro observações; e um estudo realizou seis observações. O tempo de observação mínimo foi de duas semanas após o parto, e o máximo de um ano após o parto.

Quanto aos fatores de risco descritos pelos artigos selecionados, foram listados setenta (70) fatores, os quais foram agrupados em oito categorias, como descritas anteriormente, a saber: genéticos (um fator), hormonais (um fator), obstétricos (dois fatores), psicológicos/psiquiátricos (vinte e cinco fatores), saúde do bebê (três fatores), saúde materna (nove fatores), socioeconômico/cultural (quinze fatores), e suporte social/relações interpessoais (quatorze fatores).

A Tabela 1 caracteriza o total de artigos desta revisão em relação ao delineamento metodológico, instrumento usado para avaliação da depressão pós-parto e os agrupamentos de fatores de risco investigados.

Alguns fatores de risco se destacaram pela frequência em que foram citados. Ter tido depressão anterior e depressão durante a gestação foram fatores associados à DPP em oito artigos, cada um. Baixo suporte social apareceu em seis artigos. Já insatisfação com o marido ou com o relacionamento conjugal e ansiedade durante a gestação apareceram em cinco estudos cada.

Outros fatores de risco foram citados mais de uma vez. Ansiedade e gênero do bebê foram fatores de risco em quatro artigos cada. Renda familiar, insatisfação com a gestação, baixa autoestima, estresse, humor irritável antes da menstruação, multiparidade, eventos de vida e ser ou ter sido vítima de violência foram fatores de risco em três artigos cada um. Escolaridade, sintomas depressivos nas primeiras semanas pós-parto (*maternity blues*), experiência negativa do parto e tabagismo foram citados duas vezes cada.

O agrupamento de fatores de risco psicológicos/psiquiátricos foi o mais frequentemente associado à DPP, seguido dos fatores socioeconômico/culturais e de suporte social/relações interpessoais.

Discussão

Nesta revisão da literatura científica, ter tido depressão na vida ou depressão durante a gestação aumenta as chances para depressão no período do pós-parto. Este dado confirma a observação clínica já descrita na literatura científica em que algumas mulheres com depressão pós-parto já estavam deprimidas na gestação (Noelen-Hoeksema, 1995). Outro fator também bastante estudado e frequentemente associado à depressão pós-parto foi o suporte social.

Embora os objetivos desta revisão sistemática não tenham se detido especificamente na análise de fatores de risco de cunho biológico, observou-se uma pequena representação desses fatores nos estudos encontrados. Em contrapartida, os fatores psicossociais, tiveram uma alta frequência de associação com a depressão pós-parto. Este resultado, aliado aos resultados inconclusivos e contraditórios da literatura sobre a teoria hormonal

Tabela 1 – Caracterização dos artigos quanto ao delineamento, instrumentos de avaliação e agrupamento de fatores de risco.

Autores	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco (agrupamento)
Abbott & Williams (2006)	Transversal	EPDS	P/P; SB; SE/C; SS/RI
Adewuya, Fatoye, Ola, Ijaodola & Ibigbami (2005)	Longitudinal	EPDS	P/P
Akyus, Seven, Devran & Demiralp (2010)	Longitudinal	PDSS	O; P/P; SE/C; SM
Austin, Tully & Parker (2007)	Longitudinal	EPDS	P/P
Bilszta, Gu, Meyer & Buist (2008)	Longitudinal	EPDS	P/P; SE/C
Costa, Pacheco & Figueiredo (2007)	Longitudinal	EPDS	P/P
Escobar, Pacora, Custodio & Villar (2009)	Transversal	EPDS	P/P; SS/RI
Garcia-Esteve et al. (2008)	Transversal	EPDS e Entrevista psiquiátrica	H; P/P; SS/RI
Grussu, Quatraro (2009)	Longitudinal	EPDS e GHQ-12	P/P
Ho-Yen, Bondevik, Eberhard-Gran & Bjorvatn (2007)	Transversal	EPDS	O; P/P; SE/C; SM; SS/RI
Kara, Unalan, Cifçili, Cebeci & Sarper (2008)	Transversal	BDI	H; P/P
Kitamura et al. (2006)	Longitudinal	Entrevista psiquiátrica	P/P; SE/C; SS/RI
Latorre-Latorre, Contreras-Pezzotti & Herran-Falla (2006)	Longitudinal	EPDS e Entrevista psiquiátrica	P/P; SB; SE/C; SM; SS/RI
Liabsuetrakul, Vittayanont & Pitanupong (2007)	Longitudinal	Entrevista psiquiátrica	P/P; SS/RI
Limlomwongse & Liabsuetrakul (2006)	Longitudinal	EPDS	H; O; P/P; SE/C
Lin, Ko, Chang, Yeh & Sun (2009)	Longitudinal	Entrevista psiquiátrica - SADS	G
Mann, McKeown, Bacon, Vesselinov & Bush (2008)	Longitudinal	EPDS	SE/C
Mayberry, Horowitz & Declercq (2007)	Transversal	EPDS	O; SE/C
McCoy, Beal, Shipman, Payton & Watson (2006)	Transversal	EPDS	P/P; SM
Milgrom et al. (2008)	Longitudinal	EPDS	P/P, SS/RI
Moraes et al. (2006)	Longitudinal	HAM-D	P/P; SE/C
Moss, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom (2009)	Longitudinal	BDI	P/P
Panthangi, West, Savoy-Moore, Geeta & Reickert (2009)	Transversal	EPDS	P/P; SE/C; SS/RI
Pérez et al. (2007)	Transversal	EPDS	Nenhum foi associado
Posmontier (2008)	Transversal	PDSS e Entrevista psiquiátrica	SM
Rambelli et al. (2010)	Longitudinal	EPDS e Entrevista psiquiátrica (SCID)	P/P
Records & Rice (2009)	Longitudinal	EPDS e CES-D	SS/RI
Robrecht, Millegan, Leventis, Crescitelli & McLay (2008)	Transversal	EPDS	SS/RI
Söderquist, Wijma, Thorbert & Wijma (2009)	Longitudinal	BDI	P/P

Tabela 1 – Caracterização dos artigos quanto ao delineamento, instrumentos de avaliação e agrupamento de fatores de risco (continuação).

Uguz, Akman, Sahingoz, Kaya & Kucur (2009)	Longitudinal	EPDS	P/P
Vliegen & Luyten (2009)	Transversal	Entrevista psiquiátrica	P/P
Xie, He, Koszycki, Walker & Wen (2009a)	Longitudinal	EPDS	SE/C; SS/RI
Xie, He, Koszycki, Walker & Wen (2009b)	Longitudinal	EPDS	SS/RI
Zaers, Waschke & Ehlert (2008)	Longitudinal	EPDS	P/P; SS/RI
Zelkowitz et al. (2008)	Longitudinal	EPDS	P/P; SS/RI

Legenda: G – genético; H – hormonal; O – obstétrico; P/P - psicológico/psiquiátrico; SB - saúde do bebê; SE/C - sócio-econômico/cultural; SM – saúde materna; SS/RI - suporte social/relações interpessoais.

(Da-Silva et al, 1998) nos faz pensar que os fatores de risco psicossociais tenham mais relevância no desenvolvimento da depressão pós-parto.

Quanto à investigação dos fatores de risco, destaca-se uma grande variedade de métodos e instrumentos utilizados, bem como um elevado número de fatores considerados de risco para depressão pós-parto (70 fatores), que têm sido investigados na literatura nestes últimos cinco anos. Além disso, alguns instrumentos específicos para avaliação de fatores de risco para depressão pós-parto têm sido desenvolvidos e validados (Liabsuetrakul, Vittayanont & Pitanupong, 2007; Austin, Hadzi-Pavlovic, Saint & Parker, 2005).

Já com relação aos instrumentos utilizados para rastreamento e medida de intensidade de depressão pós-parto, observa-se que a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi a escala mais utilizada. A EPDS é uma escala curta, de rápida aplicação, fácil compreensão, e fácil preenchimento e pontuação. Pode ser utilizada por profissionais não especializados em saúde mental e é bastante utilizada e aceita em diversos países/culturas (Cox, Holden & Sagovsky, 1987).

Os estudos longitudinais foram os mais frequentes nesta revisão. Há de se considerar a importância dos delineamentos longitudinais para o estudo de fatores de risco, uma vez que existe a influência do tempo sobre o fenômeno estudado. Neste sentido, alguns fatores de risco podem se associar à DPP em estudos transversais, porém avaliações prospectivas não manteriam essa associação. Desta forma, verificamos a importância deste delineamento,

bem como a contribuição de vários momentos de avaliação a fim de identificar quais variáveis mantêm-se associadas ao fenômeno estudado.

Este estudo apresenta seus limites uma vez que retrata a publicação de artigos sobre fatores de risco à DPP nos últimos cinco anos, utilizando como fonte de informações somente as bases de dados citadas e com amostra de mulheres acima de 18 anos; o que pode restringir o escopo dos problemas associados à DPP descritos neste artigo.

Conclusão

Nos últimos cinco anos, a evolução das investigações sobre fatores de risco para a depressão pós-parto tem privilegiado o estudo dos fatores psicossociais, enquanto os fatores hormonais e genéticos aparecem com baixa representatividade nesses estudos. Talvez, os resultados inconclusivos e contraditórios sobre as hipóteses de base endócrina (Schmidek & Furtado, 1999), aliados às muitas evidências de fatores psicossociais associados à depressão pós-parto (como visto nos resultados), venham ditando as pesquisas na área.

Ressalta-se que nenhum dos fatores ou agrupamento de fatores de risco aqui representados, por si só, são capazes de explicar a complexidade da depressão pós-parto, dada a sua multicausalidade. Além disso, há de se ter cuidado ao afirmar o risco de cada um desses fatores para o desenvolvimento da depressão pós-parto, uma vez considerado o problema da multicolinearidade das variáveis de risco que podem se confundir na explicação do fenômeno estudado.

Sendo assim, destaca-se a importância de estudos que privilegiem delineamentos longitudinais e análises multifatoriais que levem em consideração os efeitos cruzados dos fatores de risco investigados.

Destaca-se a importância do papel do profissional de saúde que presta atendimento pré-natal à gestante, uma vez que alguns fatores de risco (como, por exemplo, a depressão na gestação) presentes neste período podem indicar a necessidade de um cuidado especial à saúde mental destas mulheres. Além disso, a identificação precoce dos riscos pode auxiliar na prevenção de um transtorno depressivo no pós-parto e das consequências clínicas apresentadas (Zinga, Phillips & Born, 2005).

O desenvolvimento e validação de instrumentos no Brasil que visem a avaliação de fatores de risco para depressão pós-parto também tem muito a contribuir, podendo servir como ferramenta de trabalho para os profissionais que atuam nessa área.

Além disso, pesquisas delineadas para avaliar fatores de proteção para depressão pós-parto teriam muito a acrescentar, uma vez que auxiliariam na elaboração de estratégias de prevenção para este transtorno.

Referências

- Abbott, M. W., & Williams, M. M. (2006). Postnatal depressive symptoms among Pacific mothers in Auckland: prevalence and risk factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (3), 230-238.
- Adewuya, A. O., Fatoye, F. O., Ola, B. A., Ijaodola, O. R., & Ibigbami, S. M. (2005). Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *Journal of Psychiatric Practice*, 11 (5), 353-358.
- Akyuz, A., Seven, M., Devran, A., & Demiralp, M. (2010). Infertility history: is it a risk factor for postpartum depression in Turkish women? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24 (2), 137-145.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Rev. Ed.). Washington, DC.
- Austin, M. P., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101 (1-3), 169-174.
- Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Saint, K., & Parker, G. (2005). Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (4), 310-317.
- Bilszta, J. L., Gu, Y. Z., Meyer, D., & Buist, A. E. (2008) A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32 (5), 424-430.
- Castro, A. A., Saconato, H., Guidugli, F., & Clark, O.A.C. (2002) *Curso de revisão sistemática e metanálise* [Online]. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP. Acesso em 09 de outubro de 2011, em <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>
- Chaudron, L. H., & Pies, R. W. (2003) The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *Journal of Clinical Psychiatric*, 64, 1284-92.
- Chew-Graham, C.A., Sharp, D., Chamberlain, E., Folkes, L., & Turner, K.M. (2009) Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 10 (7), 1-9.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (4), 157-165.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P., & Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31, 799-804.

- Dodge, K. A. (1990). Developmental Psychopathology in Children of Depressed Mothers. *Developmental Psychology*, 26 (1), 3-6.
- Escobar, J., Pacora, P., Custodio, N., & Villar, W. (2009). Depresión posparto: se encuentra asociada a la violencia basada em género? *Anales de la Facultad de Medicina*, 70 (2), 115-118.
- Furtado, E. F. (2000). Abordagem clínica e terapêutica da depressão puerperal: conceitos atuais. *Anais do III Fórum de Psiquiatria do Interior Paulista* (pp. 55-60). Águas de Lindóia, SP.
- Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Ascaso, C., Torres, A., Aguado, J., Gelabert, E., & Martín-Santos, R. (2008). Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 11 (3), 193-200.
- Gross, D. (1989). Implications of Maternal Depression for the Development of Young Children. *Image: Journal for Nursing Scholarship*, 21, 103-107.
- Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2009). Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. *European Psychiatry*, 24 (5), 327-333.
- Ho-Yen, S. D., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (3), 291-297.
- Kara, B., Unalan, P., Cifçili, S., Cebeci, D. S., & Sarper, N. (2008). Is there a role for the family and close community to help reduce the risk of postpartum depression in new mothers? A cross-sectional study of Turkish women. *Maternal and Child Health Journal*, 12 (2), 155-161.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N. et al. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9 (3), 121-130.
- Latorre-Latorre, J. F., Contreras-Pezzotti, L. M., & Herran-Falla, O. F. (2006). Postnatal depression in a Colombian city. Risk factors. *Atención Primaria*, 37 (6), 332-338.
- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33 (3), 333-40.
- Limlomwongse, N., & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, 9 (3), 131-138.
- Lin, Y. M., Ko, H. C., Chang, F. M., Yeh, T. L., & Sun, H. S. (2009). Population-specific functional variant of the TPH2 gene 2755C. A polymorphism contributes risk association to major depression and anxiety in Chinese peripartum women. *Archives of Women's Mental Health*, 12 (6), 401-408.
- Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., & Bush, F. (2008). Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 17 (5), 745-755.
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36 (6), 542-549.
- McCoy, S. J., Beal, J. M., Shipman, S. B., Payton, M. E., & Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106 (4), 193-198.
- Medeiros, P. P. V., & Furtado, E. F. (2004). Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não deprimidas no período puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53 (4), 227-234.

- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108 (1-2), 147-57.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, P. L. R., & Faria A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40 (1), 65-70.
- Moss, K. M., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships. *Archives of Women's Mental Health*, 12 (5), 345-349.
- Noelen-Hoeksema, S. (1995). Epidemiology and Theories of Gender Differences in Unipolar Depression. In M. V. Seeman (Ed.), *Gender and Psychopathology* (pp. 63-87). London: American Psychiatric Press Inc.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Panthangi, V., West, P., Savoy-Moore, R. T., Geeta, M., & Reickert, E. (2009). Is seasonal variation another risk factor for postpartum depression? *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22 (5), 492-497.
- Pérez, R. V., Carrillo, K. S., Barra, L. A., Acosta, V. A., Ulloa, I. B., & Reyes, J. C. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67 (3), 187-191.
- Posmontier, B. (2008). Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (6), 722-735.
- Rambelli, C., Montagnani, M. S., Oppo, A., Banti, S., Borri, C., Cortopassi, C. et al. (2010). Panic disorder as a risk factor for post-partum depression: Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study. *Journal of Affective Disorders*, 122 (1-2), 139-143.
- Ramos, S. H. A. S., & Furtado, E. F. (2007). Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 1 (1), 20-28.
- Records, K., & Rice, M. J. (2009). Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30 (3), 181-190.
- Robrecht, D. T., Millegan, J., Leventis, L. L., Crescitelli, J. B., & McLay, R. N. (2008). Spousal military deployment as a risk factor for postpartum depression. *The Journal of Reproductive Medicine*, 53 (11), 860-864.
- Schmidek, C. M., & Furtado, E. F. (1999). Depressão Puerperal: Condicionantes Hormonais. *Medicina*, 32 (Suppl 1), 72-73.
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (5), 672-680.
- Uguz, F., Akman, C., Sahingoz, M., Kaya, N., & Kucur, R. (2009). One year follow-up of postpartum-onset depression: the role of depressive symptom severity and personality disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30 (2), 141-145.
- Vliegen, N., & Luyten, P. (2009). Dependency and self-criticism in post-partum depression and anxiety: a case control study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16 (1), 22-32.
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009a). Fetal sex, social support, and postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (11), 750-756.
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009b). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19 (9), 637-643.

Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29 (1), 61-71.

Zelkowitz, P., Saucier, J. F., Wang, T., Katofsky, L., Valenzuela, M., & Westreich, R. (2008). Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Archives of Women's Mental Health*, 11 (1), 1-11.

Zinga, D., Phillips, S.D., & Born, L. (2005). Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (Suppl II), 56-64.

Endereço para correspondência:

Poliana Patrício Aliane
Hospital das Clínicas
Av. dos Bandeirantes, 3900, sala 333
Ribeirão Preto/SP
E-mail: poliana_aliane@yahoo.com.br

Recebido em Fevereiro de 2011

Revisto em Outubro de 2011

Aceito em Novembro de 2011

*Auxílio Financeiro: Bolsa de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 06/58381-6