

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AFTER CHILDBIRTH

1.Daniela Carvalho Marques

2.Daniella .R.G. Mendes

RESUMO:

A depressão pós-parto (DP) foi definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto e pode ser de intensidade leve e transitória, neurótica, até desordem psicótica. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca dos fatores de risco associados à depressão pós-parto. O presente artigo foi realizado a partir de uma revisão de literatura sobre o tema fatores de risco associados à depressão pós-parto, para realização desta pesquisa foram utilizados 20 artigos. Buscaram-se as obras nas bases de dados Scielo e Lilacs, no período de junho a novembro 2013, foram selecionados artigos publicados em Português no período de 2007 até 2012, foram utilizados dois artigos extras de 2005 e 2006 por obter assuntos relevantes para o estudo. Com este estudo observou-se que os principais fatores de risco de DPP são: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez, Trabalhos nacionais relatam prevalência de depressão pós-parto variando entre 12 e 19%. Esses dados são compatíveis com a literatura internacional, que a refere como 10 a 20%. A tristeza materna é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerado fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto.

Palavra chave: Depressão pós parto fatores de risco, ansiedade, gestação

ABSTRACT:

Postpartum (SD) depression was defined as a mood disorder that begins , usually the first four weeks after birth and can be mild and transient , neurotic intensity until psychotic disorder . The aim of this study was to conduct a literature review of risk factors associated with postpartum depression. This paper was developed from a literature review on the topic of risk factors associated with postpartum depression, for this research 20 articles were used . We searched for the works in the Scielo and Lilacs in the period June to November 2013 articles published in Portuguese in the period from 2007 through 2012 were selected , two additional articles 2005 and 2006 were used to obtain relevant subjects for the study . With this study it was observed that the main risk factors for PPD include: previous history of depression , financial hardship , low education, unemployment , lack of social support, substance dependence , domestic violence and rejection of pregnancy, national Studies report prevalence of postpartum depression ranging between 12 and 19 % . These data are consistent with the international literature , which refers to 10 to 20 % . The baby blues is a self-limited disorder , with onset in the first two weeks postpartum , with an incidence of 50 to 80% and is considered a risk factor for depression in the first year after childbirth .

Keyword: postpartum depression risk factors, anxiety, pregnancy

1.INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DP) foi definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto e pode ser de intensidade leve e transitória, neurótica, até desordem psicótica.⁽¹⁾

A depressão maior ocorre por período mínimo de duas semanas, com a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis) associada a pelo menos quatro dos sintomas: alteração significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio⁽¹⁾.

O período pós-natal tem sido apontado como uma passagem da vida feminina em que os transtornos mentais são particularmente frequentes. Os riscos inerentes ao sexo feminino encontram-se aqui somados às grandes mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, além das mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério. Transformações da família contemporânea, individualismo, precário nível de informação em saúde, pobreza e desagregação social completam o panorama desfavorável.⁽²⁾

Assim, a depressão pós-parto (DPP) é uma condição reconhecida como importante causa de morbidade materna, com grande relevância no âmbito da saúde pública^(2,3).

No período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. Contudo, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto DPP são diagnosticados na clínica diária^(4,5).

Trabalhos nacionais relatam prevalência de depressão pós-parto variando entre 12 e 19%. Esses dados são compatíveis com a literatura internacional, que a refere como 10 a 20%. A tristeza materna é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerado fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto^(6,7).

Os principais fatores de risco de DPP são: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez^(8,9), idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada(a paciente ou o seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social.

Outros fatores de risco apontados foram: personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias e suporte emocional deficiente⁽¹⁰⁾. abortamentos espontâneos ou de repetição também foram indicados como fatores de risco⁽¹¹⁾.

A depressão pós-parto inclui sintomas vegetativos, cognitivos, psicomotores, bem como alterações de humor^(12,13). Caracteristicamente, esse transtorno compreende alterações no apetite e sono, irritabilidade, crises de choro, problemas de concentração, fadiga, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis^(16,17), podem ocorrer ideias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa.

Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e prejudicam as atividades normais da mulher.

Em geral, a duração dos episódios de depressão leva alguns meses e não difere, em relação ao tempo de duração, de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto⁽¹⁸⁾. Diversos autores sugerem que, embora algumas mulheres comecem a apresentar sintomas de depressão logo nas primeiras semanas após o parto um quadro de depressão materna pode desenvolver-se em qualquer momento do primeiro ano de vida do bebê, especialmente nos primeiros seis meses^(19,20).

Quando a depressão da mãe ocorre durante as quatro semanas após o parto, esta é classificada pelo DSM-IV (manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), como episódio de depressão maior com início no pós-parto. De acordo com a CID-10, a depressão pós-parto pode surgir durante as seis primeiras semanas após o parto^(22,23,24).

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 diagnóstico⁽²⁵⁾.

Dentre as escalas de auto-avaliação existentes, a Escalas de rastreamento de Depressão pós-parto Edimburgo (EDPS) é a mais utilizada para rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam após o parto, tendo sido traduzida para 24 idiomas, com estudos de validação na maioria dos países⁽²⁶⁾.

É instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica^(27,28), podendo ser aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde^(29,30).

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, auto desvalorização e sentimentos de culpa, ideais 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 brasileira.

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⁽³¹⁾.

Com base no exposto acima, o objetivo do presente estudo é verificar os fatores associados a depressão pós - parto.

2. MÉTODOS

O presente artigo foi realizado a partir de uma revisão de literatura sobre o tema fatores de risco associados a depressão pós-parto.

Para realização desta pesquisa foram utilizados 20 artigos, indexados nas bases de dados Scielo e Lilacs, no período de junho a novembro 2013. Foram selecionados artigos publicados em Português no período de 2007 até 2012 e utilizados dois artigos extras de 2005 e 2006 por obter assuntos relevantes para o estudo. Utilizou-se para a busca as palavras-chaves: depressão pós-parto, fatores de risco, e gestação.

Após a busca, as obras foram lidas e selecionadas por assunto para estruturação do fichamento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. ANSIEDADE DURANTE A GESTAÇÃO RISCO PARA MÃE E PARA CONCEPTOR.

Os estudos afirmam que os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos da vida. Entretanto, essa ansiedade pode ser patológica quando desproporciona situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento, ou, ainda, quando representa uma resposta inadequada a determinada ameaça, em virtude de sua intensidade ou duração.

Em contraste com a depressão, a ansiedade tem sido pouco estudada, apesar de sua prevalência e importância potencial. A ansiedade é um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, insegurança e antecipação

apreensiva, pensamento dominado por idéias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição respiratória, tremor e inquietação e vários desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo⁽³²⁾.

A ansiedade materna, por sua vez, tem prevalência em trabalhos nacionais variando entre 44,0 e 46,1%,^(33,34) e em trabalhos internacionais, entre 4,9 e 24,9%.^(35,36) Pacientes que durante a gestação desenvolvem o transtorno de ansiedade estão em risco para desenvolver Depressão pós-parto.

Com as Escalas de rastreamento de Depressão pós-parto (EDPS) possibilitaria o diagnóstico precoce da doença, porém não se observa a utilização destas ferramentas na rotina assistencial⁽³⁷⁾

No nascimento de um recém-nascido normal e saudável, a mãe deve adaptar sua imagem idealizada do bebê para o bebê real, que de fato se apresenta. No entanto, essa adaptação torna-se mais difícil para a mãe de um bebê nascido prematuramente⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾, uma vez que o impacto do nascimento prematuro tende a ser experiência emocionalmente estressante para a maioria das mães, as quais podem estar mais expostas a vivenciar sintomas ansiosos, mesmo quando o bebê se encontra clinicamente estável⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾.

As mães de bebês prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresentam escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão⁽⁶⁰⁾ Dessa forma, essas mães apresentam alto risco para problemas de saúde mental, tornando-se mais fragilizadas para o enfrentamento adequado do nascimento prematuro e menos adaptadas aos cuidados iniciais do bebê⁽⁶¹⁾

Estudos sobre aspectos emocionais maternos visam avaliar indicadores de ansiedade e depressão, por meio de instrumentos psicométricos⁽⁶²⁾, ou compreender os aspectos subjetivos experimentados pelas mães no enfrentamento do problema da prematuridade do filho e condições associadas, por meio de entrevistas e análise qualitativa de relatos⁽⁶⁰⁾.

No sentido de minimizar o impacto das consequências desfavoráveis imediatas do nascimento pré-termo do bebê, têm sido propostas mudanças nas práticas de atendimento neonatal, incluindo estimulação e encorajamento do contato precoce da mãe com a criança e a participação ativa dos pais no cuidado do bebê dentro da própria Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

Essa modalidade de intervenção precoce é direcionada à redução dos altos níveis de ansiedade materna, visando a promoção do bem-estar psicológico exclusivo para as mães, assim como representa medida preventiva de problemas de desenvolvimento adaptativo da criança⁽⁵⁰⁾.

3.2.PROBLEMAS CONJUGAIS ASSOCIADOS AOS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

De acordo com estudos, a saúde mental do pai no período ao redor do nascimento de um filho relata que os homens são mais frequentemente acometidos de depressão a partir de três meses depois do nascimento e ao longo do primeiro ano de vida do bebê.

Homens que têm esposas deprimidas tendem a se deprimir mais. Também as mulheres de companheiros com história de depressão têm um risco maior.

Possivelmente, a falta de apoio mútuo, resultante do estado depressivo, está relacionada com estes achados.

Há também, no período estudado, ou seja, quatro meses após o parto, uma tendência que a ajuda da rede social diminua, o que talvez confronte o pai, mais intensamente, com seu papel de provedor e protetor e com suas limitações pessoais, o que se torna ainda mais difícil quando a companheira sofre de transtorno mental⁽³⁸⁾.

Durante o puerpério, pai e mãe enfrentam uma série de desafios psicológicos, os quais podem ser vividos como exaustivos e trazer à tona conflitos e dificuldades pessoais diversas⁽⁶³⁾.

Em algumas situações, estas dificuldades configuram um quadro de depressão pós-parto, fenômeno que tem sido bastante investigado, ao menos no que concerne às mães. O grande interesse dos pesquisadores pela depressão materna decorre, principalmente, do fato já consistentemente evidenciado de que esta psicopatologia implica em importantes consequências para o desenvolvimento infantil, as quais podem ser observadas desde o período pós-natal até a adolescência. Famílias nas quais a mãe está deprimida deveriam ser vistas como famílias em risco potencial, uma vez que não apenas os filhos, mas também o marido estaria em risco para o desenvolvimento de depressão e outras doenças psiquiátricas.

Tendo em vista a forte associação entre depressão materna e inadequações no funcionamento familiar⁽⁶⁴⁾, outro fator associado a transtornos mentais pós-parto foi a baixa renda familiar.^(39,40)

As mulheres sem companheiro demonstraram ter renda familiar menor neste grupo e houve uma tendência maior de apresentarem transtornos psiquiátricos no passado. Entre as mulheres que tinham companheiro, apenas a má qualidade da relação conjugal mostrou-se associada à presença de transtorno psiquiátrico. Parece que nestas mulheres que têm mais idade e que têm companheiros também com mais idade e melhores condições de sustento das famílias, a qualidade da relação conjugal passa a ser o fator mais fortemente associado à sua saúde mental no pós-parto. Também é possível que mulheres com transtornos mentais no passado e com dificuldades econômicas tenham mais dificuldades de relacionamento, especialmente com seus companheiros, complicando a relação conjugal.⁽⁴⁵⁾

Por este motivo, cabe uma verificação mais detalhada da saúde mental das mulheres casadas e com relações conjugais problemáticas, já que existe associação entre estas duas variáveis.⁽⁴⁵⁾

3.3. A ASSOCIAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO MATERNA E BAIXO PESO DO RECÉM-NASCIDO.

Um crescente número de estudos tem investigado os efeitos da depressão na saúde do recém nascido, sugerindo que o não tratamento da depressão está associado a eventos adversos no feto e na criança, incluindo baixo peso ao nascer, prematuridade e atraso do crescimento no primeiro ano de vida. Esses estudos mostraram que crianças de mães deprimidas são duas a três vezes mais suscetíveis a baixo peso ao nascer/prematuridade^(65,66).

Vários fatores foram postulados para explicar essa associação. A associação entre depressão, baixo peso ao nascer e/ou prematuridade pode ser elucidada pelo fator indireto, em que a depressão seria a variável preditiva e outros fatores, como privação socioeconômica, cuidado próprio precário (incluindo cuidados pré-natais), nutrição deficiente, abuso/ dependência de álcool e drogas, eventos estressantes e ausência de apoio social, seriam as variáveis mediadoras⁽⁶⁷⁾.

A associação entre depressão e baixo peso ao nascer pode ser elucidada por dois mecanismos: este transtorno pode ocasionar alterações hormonais e bioquímicas que levam ao aumento da produção de catecolaminas. Estas mudanças podem acarretar a restrição do crescimento intra- uterino devido à redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário ou irritabilidade uterina^(51,52).

O segundo ponto explicativo para esta associação é que a depressão pode ser mediadora de determinados comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool e tabaco^(52,53), inadequado pré-natal, diminuição do apetite e consumo alimentar, considerados limitantes para o ganho de peso adequado do bebê^(52,54).

Sabe-se que o ambiente nutricional, hormonal, metabólico, psicológico e social, vivenciado pela mãe durante a gestação, tem relação com a saúde do recém-nato. A mulher deprimida no período gestacional, em razão dos sintomas depressivos, apresenta menor preocupação com seu estado de saúde, ocasionando, muitas vezes, não-adesão ao pré-natal, além de maior consumo de álcool, tabaco e outras drogas, pessimismo, insônia, falta de apetite, acarretando diminuição da quantidade e qualidade da ingesta alimentar. Além disso, há também um mecanismo biológico, mediador da associação entre o estresse psicossocial materno e o baixo crescimento fetal, já que na mulher com depressão há aumento do cortisol, o que pode levar à prematuridade e ao baixo peso ao nascer^(55,56).

O nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer são as principais causas de morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Quadros depressivo não tratado durante

a gravidez tende a diminuir a frequência nas consultas pré-natais, o que tem sido fortemente associado à mortalidade neonatal ⁽⁵⁷⁾.

Estudos realizados em países desenvolvidos fornecem, ainda, evidências de que a depressão materna esteja associada a problemas emocionais, cognitivos e comportamentais de longa duração em crianças ⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

4.CONCLUSÃO

Os transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério são mais comuns do que se imagina, e muitos casos ainda são subdiagnosticados.

Tem-se dado importância crescente ao tema, e pesquisas recentes têm focado também o prejuízo que essas patologias podem ocasionar não só à saúde da mãe, mas também ao desenvolvimento do feto, ao trabalho de parto e à saúde do bebê.

Múltiplos fatores de risco estão envolvidos, mas a etiologia exata ainda não foi estabelecida.

A DPP tem repercussões negativas na qualidade de vida da mulher, na dinâmica familiar, na relação mãe bebê e no desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança.

É possível que os sintomas obsessivo-compulsivos na DPP agravem essas repercussões e tornem o tratamento mais difícil e demorado, sendo necessárias mais pesquisas nessa área.

Pode-se pensar que a detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP, realizada mediante o acompanhamento das gestantes, seja um fator importante para a prevenção da própria DPP e das repercussões na interação mãe-filho.

Com isto abre-se a possibilidade de auxílio à mulher, e a sua família, principalmente durante a gestação e o puerpério.

Na perspectiva da Psicologia da Saúde, considerase que os profissionais de saúde/educação que estão envolvidos em trabalhos com gestantes desempenham um papel importante neste reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo com este trabalho auxiliar o desenvolvimento infantil saudável.

REFERÊNCIAS

- 1- 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.
- 2- WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.
- 3- Sit DK, Wisner KL. Identification of postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol.* 2009; 52: 456-68.
- 4- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Thorneau TM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5 Pt 1):653-7.
- 5- 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.
- 6- Cox JL. Postnatal depression: a guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1986.
- 7- 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.
- 8- Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35(4):144-53.
- 9- Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev RENE.* 2010;11 N Esp:117-23.
- 10- **BOYCE P. HICKEY A.** - Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40 (8): 605-612, 2005. Disponível em: www.springerlink.com.
- 11- **BOTEGA** N.J. et al. - Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 341-354, 2006.

- 12- Alfaya C. A. S. , & Schermann, L. depressão pós-parto: tendências atuais. Revista de Medicina da PUC/RS, 10(2), 130-136.
- 13- Cruz E. B. S., Simões, G. L. & Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27(4), 181-188.
- 14- Frizzo G. B & Piccinini C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicologia em Estudo, 10, 47-55.
- 15- Schwengber, D. D. & Piccinini, C. A. . Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. Psicologia, Teoria e Pesquisa, 20(3), 233-240.
- 16- Dunnewold A. L. Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- 17- Nonacs R. & Cohen L. S. . Postpartum psychiatric syndromes. In B. J. Sadock & V. Sadock (Orgs.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8a ed.; pp. 1276-1283). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 18- O'Hara M.W. . The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray & P. J. Cooper (Orgs.), Postpartum depression and child development (pp.3-34). Nova York: The Guilford Press.
- 19- Brown S., Lumley, J., Small, R. & Astbury J. Missing voices: The experience of motherhood. New York: Oxford University Press.
- 20- Klaus M. H., Kennel J. H. & Klaus, P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 21- Murray L, Cox J, Chapman G. & Jones, P. Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? British Journal of Psychiatry, 166, 595-600.
- 22- Nonacs R. & Cohen, L. S. Postpartum psychiatric syndromes. In B. J. Sadock & V. Sadock (Orgs.), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8a ed.; pp. 1276-1283). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- 23-** Cutrona, C. E., & Troutman B. R. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *ChildDevelopment*, 57, 1507-1518.
- 24-** Klaus M. H, Kennel, J. H., & Klaus, P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 25-** Moreno AR, Moreno DH. Escalas de avaliação para depressão deHamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). Ver *PsiquiatrClin*. [periódico na Internet]. 1998 set-out [acesso em 2005 abr 21];25(5):71-87. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>.
- 26-** 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.
- 27-** Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ*. 1998;316(7148):1884-6.
- 28-** Buist A, Condon J, Brooks J, Spelman C, Milgrom J, Hayes B, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression *J Affect Disord*. 2006;93(1-3):233-7.
- 29-** Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rumman TA, Thorneau TM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 1999;93(5 Pt 1):653-7.
- 30-** 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.
- 31-** Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.
- 32-** Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
- 33-** Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(3):171-8.
- 34-** Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI neonatal. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):251-4.

- 35-** Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatrica*. 2005;94:1771-6
- 36-** Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139-47.
- 37-** Machado S CEP. Desempenho de uma nova escala de depressão em um hospital geral brasileiro [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- 38-** Falceto OG, Giugliani ER, Fernandes CL. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(3):173-83.
- 39-** Owoeye AO, Aina OF, Morakinyo O. Risk factors of postpartum depression and EPDS scores in a group of Nigerian women. *Trop Doct*. 2006;36(2):100-3.
- 40-** Ozdenir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychol Health Med*. 2005;10(1):96-107.
- 41-** Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician*. 1999;59:2247-54, 2259-60.
- 42-** England SJ, Ballard C, George S. Chronicity in postnatal depression. *Eur J Psychiatry*. 1994;8:93-6.
- 43-** Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol*. 2003;8:403-11.
- 44-** Herrera E, Reissland N, Shepherd J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *J Affect Disord*. 2004;81:29-39.
- 45-** Suzi Roseli Kerber, Olga Garcia Falceto, Carmen Luiza C. Fernandes. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. 2011.
- 46-** Klaus MH, Kennell JH. Atendimento para pais de bebês prematuros ou doentes. In: Klaus MH, Kennell, JH. Pais/bebês- a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas;

1993. p. 170-24.

- 47-** Linhares MBM, Carvalho AEV, Padovani FHP, Bordin MBM, Martins IMB, Martinez FE. A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: Marturano EM, Linhares MBM, Loureiro SR Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 11-39.
- 48-** Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. Cadernos de Psicologia e Educação- Paidéia 2000; 10(18): 60- 9.
- 49-** Rutter M. Psychiatric disorder in parents as a risk factor for children. In: Schaffer D, Phillips I, Enger NB. Prevention of mental disorder, alcohol and other drug use in children and adolescents. Maryland: Office for Substance Abuse, USDHHS; 1989.
- 50-** Als H, Lester BM, Tronick EZ, Brazelton B. Toward a research instrument for the assessment of preterm infants. In: Fitzgerald HE, Lester BM, Yogman MW. Theory and research in behavioral pediatrics. New York: Plenum Press; 1982. p. 35- 63.
- 51-** Oberlander T, Warburton W, Misri S, Aghajanian J, Hertzman C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. Arch Gen Psychiatry 2006; 63:898-906.
- 52-** Schatz D, Harder D, Schatz M, Harden K, Chingar L, Fox D, et al. The relationship of maternal personality characteristics to birth outcomes and infant development. Birth 2000;
- 53-** 17. Jesse DE, Walcott-Mcquigg J, Mariella A, Swanson MS. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. J Midwifery Womens Health 2005; 50:405-10.
- 54-** Hickey CA. Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. Am J Clin Nutr 2000; 71:1364-70.

- 55-** 28. Wadhwa PD, Culhane JF, Rauh V, Barve SS. Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory, and vascular mechanisms. *Matern Child Health Journal*. 2001;5(2):119-25.
- 56-** Hobel CJ, Arora CP, Korst LM. Corticotrophin-releasing hormone and CRH-binding protein. Differences between patients at risk for preterm birth and hypertension. *Ann NY Acad Sci*. 1999;897:54-65.
- 57-** Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal AS, Figueiroa JN. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol Ser Saúde*. 2007;16(3):185-94.
- 58-** Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Effects of maternal depression on the neurobiological and psychological development of children. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005;27(2):165-76.
- 59-** Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CB. Parental depression: animal models of adverse life event. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1265-83.
- 60-** (Correia & Linhares, 2007; Davis, Edwards, Mohay & Wollin, 2003; Doering, Moser & Dracup, 2000; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004; Zanardo & Freato, 2001)
- 61-** (Kennell & Klaus, 1998; Klaus & Kennell, 1992/1993; Linhares, Carvalho, Correia, Gasparido & Padovani, 2006).
- 62-** (Davis & cols., 2003; Doering & cols., 2000; Feldman, 2007; Rice, Jones & Thapar, 2007; Zanardo & Freato, 2001)
- 63-** Cramer, B. G., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 64-** Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*.
- 65-** Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity during pregnancy and low birth weight in developing countries. *Br J Psych*. 2006.
- 66-** Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004.

- 67-** Wadhwa PD, Culhane JF, Rauh V, Barve SS. Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/ inflammatory, and vascular mechanisms. *Matern Child Health J.* 2001.