

# Prevalência da depressão gestacional e fatores associados

Prevalence of gestational depression and associated factors

PRISCILA KRAUSS PEREIRA<sup>1</sup>, GIOVANNI MARCOS LOVISI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

<sup>2</sup> Professor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Recebido: 30/10/2007 – Aceito: 23/11/2007

---

### Resumo

**Contexto:** Depressão é um transtorno mental comum durante a gravidez, associado com diversos fatores de risco. Estudos revelaram relação entre depressão gestacional e efeitos deletérios no desenvolvimento do bebê. **Objetivos:** Revisar a prevalência e os fatores de risco para a depressão durante a gravidez. **Métodos:** A revisão bibliográfica considerou o período de 1997 a 2007 (MEDLINE, LILACS e SciELO), usando os descritores: “depression during pregnancy” OU “gestational depression” OU “antenatal depression” E “prevalence” E “risk factors”. **Resultados:** A prevalência de depressão durante a gravidez nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, foi mais alta que nos países desenvolvidos, respectivamente, 20% e 15%. Apesar de ser uma importante questão de saúde pública, há poucos estudos sobre o tema no Brasil. Os principais fatores de risco foram: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias e violência doméstica. **Conclusões:** As implicações da nossa revisão para a prática clínica consistem em enfatizar a necessidade de avaliação da depressão e a investigação de vários fatores de risco como parte do cuidado pré-natal por parte de obstetras e outros profissionais da saúde. Além disso, intervenções psicossociais e políticas sociais necessitam ser implementadas nessa população.

*Pereira PK, Lovisi GM / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):144-53*

**Palavras-chave:** Depressão, gravidez, prevalência, fatores de risco.

---

### Abstract

**Background:** Depression is a common mental disorder during pregnancy and is associated with several risk factors. Studies have reported an association between gestational depression and deleterious effects to the development of the infant. **Objectives:** To review the prevalence and risk factors for depression during pregnancy. **Methods:** The keywords: “depression during pregnancy” OR “gestational depression” OR “antenatal depression” AND “prevalence” AND “risk factors” were used to search for articles published between 1997 and 2007 in the MEDLINE, LILACS and SciELO databases. **Results:** The prevalence of depression during pregnancy in developing countries, including Brazil, was higher than in developed countries, respectively 20% and 15%. Despite being an important public health issue, there are few studies about this subject in Brazil. The main risk factors were: previous history of depression, financial difficulties, low level of education, unemployment, poor social support, substance dependence and domestic violence. **Discussion:** We emphasize the importance of the screening for depression in the context of antenatal care. Obstetricians and other related health care providers must be aware of the various risks factors for depression during pregnancy. In addition, psychosocial interventions and social policies need to be implemented in this population.

*Pereira PK, Lovisi GM / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):144-53*

**Key-words:** Depression, pregnancy, prevalence, risk factors.

## Introdução

Ao contrário do que se imagina, o período de gestação nem sempre é marcado por alegrias e realizações. Muitas mulheres experimentam tristeza ou ansiedade nessa fase de suas vidas. A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, as quais podem refletir diretamente em sua saúde mental<sup>1</sup>. As mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringem apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas, mas também envolvem fatores socioeconômicos, principalmente nas sociedades em que a mulher está inserida no mercado de trabalho, participando do orçamento familiar e cultivando interesses profissionais e sociais diversos<sup>2</sup>.

A literatura científica indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério<sup>3</sup>. A intensidade das alterações psíquicas dependerá de fatores orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante<sup>4</sup>. Cerca de um quinto das mulheres no período gestacional e no puerpério apresenta depressão<sup>5</sup>. Cabe ressaltar que a maioria dessas mulheres não é diagnosticada e tratada adequadamente<sup>6</sup>.

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal<sup>7</sup> e está associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. Evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser mais freqüente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação<sup>8-17</sup>.

Entretanto, a literatura atual sugere que a depressão pré-natal possa estar sendo negligenciada, havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, mesmo existindo um consenso de que os fatores que afetam o binômio materno-fetal tenham suas origens no período pré-concepcional. Embora a maioria dos estudos seja focada na depressão pós-parto, a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo da saúde pública, visto que constitui um forte fator de risco à depressão pós-natal, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, além das novas evidências de que a depressão gestacional possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afetar o desenvolvimento da criança<sup>18,19</sup>.

A crença de que as emoções da gestante possam afetar a saúde do bebê é muito antiga, mas somente nas últimas décadas despertou o interesse científico<sup>18-27</sup>. 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<sup>28,29</sup>.

O nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer são as principais causas de morbi-mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Quadros depressivos não tratados durante a gravidez tendem a diminuir a freqüência nas consultas pré-natais, o que tem sido fortemente associado à mortalidade neonatal<sup>30</sup>. 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<sup>31-33</sup>.

O objetivo desta revisão é analisar os recentes achados sobre a prevalência da depressão gestacional e os fatores a ela associados, encontrados nos mais diversos estudos, desenvolvidos em diferentes contextos socioeconômicos, visando melhor compreender a dimensão global do fenômeno em questão.

## Métodos

O presente trabalho consistiu em uma revisão da literatura a respeito dos principais estudos epidemiológicos sobre a prevalência da depressão durante o período gestacional e os fatores de risco relacionados. Para tanto, foram consultadas as bases MEDLINE, LILACS e SciELO (usando o Bireme), para as publicações em inglês, espanhol e português dos últimos dez anos (de 1997 a julho de 2007), já que estudos anteriores a esse período focavam principalmente a depressão pós-parto. Foram utilizados os seguintes descritores em inglês: “depression during pregnancy” OU “gestational depression” OU “antenatal depression” E “prevalence” E “risk factors”. Também foram revisadas as referências bibliográficas dos principais artigos encontrados e livros especializados.

## Resultados

Os estudos encontrados foram divididos em duas categorias: estudos de países desenvolvidos (Quadro 1) e estudos de países em desenvolvimento, incluindo os estudos nacionais (Quadro 2). Essa divisão foi feita com o objetivo de observar possíveis variações na prevalência da depressão na gravidez e fatores associados, já que há evidências de que a situação econômica desfavorável seja um importante fator de risco ao desenvolvimento de transtornos mentais menores, entre eles a depressão, inclusive durante a gravidez<sup>34</sup>.

A seleção dos principais estudos, realizados tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, permitiu a análise das variações nas taxas de frequência da depressão e os fatores relacionados encontrados nos diferentes estudos, além dos principais métodos e instrumentos utilizados na coleta dos dados.

#### Estudos sobre a prevalência de depressão gestacional em países desenvolvidos

A prevalência de depressão gestacional encontrada nas pesquisas provenientes de países desenvolvidos variou bastante, oscilando de 5% a 30%. Poucos encontraram prevalências abaixo de 10%, sendo mais frequentes taxas em torno de 10% e 15%. Entre os fatores de risco levantados, estão precedentes psiquiátricos, uso de substâncias, atitude negativa ante a gravidez, falta de suporte social, eventos de vida estressantes e conflitos conjugais (Quadro 1). Esses fatores foram avaliados por meio de entrevistas e questionários não padronizados e algumas escalas, entre elas a *Stressful Life Event Scale*<sup>35</sup>, *Intimate Bond Measure*<sup>36</sup>, *Parental Bonding Instrument*<sup>37</sup>, *Index of Marital Satisfaction* – IMS<sup>38</sup>, *Social Desirability Scale*<sup>39</sup>, *Medical Outcome Studies Social Support Survey* – SSS<sup>40</sup>, *Social Support Questionnaire* – SSQ<sup>41</sup> e TWEAK<sup>42</sup>, esta última usada para mensurar o uso problemático de álcool e o risco de beber durante a gravidez.

Entre os instrumentos utilizados para avaliação da depressão gestacional, mais da metade das pesquisas usou a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)<sup>46</sup>, que é autoperenchível e avalia a intensidade de sintomas depressivos no período pós-parto, tendo sido validada também para uso durante a gravidez<sup>47-49</sup>. Entrevistas diagnósticas padronizadas também foram utilizadas, entre elas a *Clinical Interview Schedule* (CIS-R)<sup>50</sup>, a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)<sup>51</sup> e a *Structure Clinical Interview* (SCID)<sup>52</sup>, baseadas em critérios diagnósticos do DSM-III-R e do DSM-IV<sup>53,54</sup>. Outros instrumentos foram utilizados, como *The Primary Care Evaluation of Mental Disorders*<sup>55</sup> e *Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale*<sup>56</sup>, esta última elaborada pelo National Institute of Mental Health para acessar sintomas depressivos a partir de 20 perguntas autoperenchíveis. O Inventário Beck de Depressão (BDI)<sup>57</sup>, inventário autoperenchível que mensura a gravidade de sintomas depressivos, assim como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)<sup>58</sup>, foram menos usados nesses estudos.

A maioria dos estudos apresentou desenho longitudinal. Grande parte dessas pesquisas foi desenvolvida nos Estados Unidos, na Inglaterra, no Canadá e na Suécia. O tamanho das amostras utilizadas variou bastante. No entanto, muitos estudos utilizaram amostras relativamente grandes, com mais de 1.000 mulheres, e em apenas três estudos foram encontradas amostras

com menos de 100 mulheres. Com relação ao local de pesquisa, serviços pré-natais e maternidades foram os mais escolhidos, embora alguns poucos tenham sido realizados na residência das entrevistadas, geralmente por meio de questionários autoperenchíveis enviados por correspondência.

#### Estudos nacionais e de países em desenvolvimento sobre a prevalência da depressão gestacional

As taxas de prevalência da depressão durante a gravidez encontradas nos estudos de países em desenvolvimento, incluindo os estudos nacionais, estiveram, em sua maioria, por volta de 20%. Entre os fatores de risco encontrados, grande parte deles estava associada à pobreza, como, por exemplo, baixa renda, desemprego, dificuldades financeiras e baixa escolaridade. Ser solteira ou divorciada, ter história de violência, antecedentes psiquiátricos, eventos estressantes e carência de suporte social também foram associados à depressão gestacional (Quadro 2). Para a avaliação desses fatores, a maioria dos estudos utilizou questionários e entrevistas não padronizadas; apenas algumas escalas foram usadas, como *Krause-Markides Index*<sup>59</sup>, para avaliar o suporte social recebido, e o *Paykel Life Events*<sup>60</sup>, para eventos estressantes durante a gravidez e o puerpério.

Para avaliação da depressão, quase todas as pesquisas encontradas nos países em desenvolvimento utilizaram a EPDS<sup>46</sup>, e em algumas a confirmação dos casos positivos nessa escala foi feita por meio de entrevistas padronizadas, como a MINI<sup>51</sup>, que visa o diagnóstico de transtornos mentais do eixo 1 de acordo com os critérios do DSM-IV<sup>54</sup>, e o *General Health Questionnaire* (GHQ)<sup>63</sup>, questionário multidimensional autoperenchível que avalia a presença de transtornos mentais comuns. Em contrapartida, nos estudos nacionais foram mais utilizadas escalas como o BDI<sup>57</sup> e a HAD<sup>58</sup> e entrevistas diagnósticas como o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)<sup>64</sup>, instrumento padronizado da Organização Mundial da Saúde (OMS), a CIS-R<sup>50</sup> e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA)<sup>65</sup>, que investiga sintomas psiquiátricos atuais.

Estudos com desenho longitudinal foram mais frequentes nos outros países em desenvolvimento em comparação com as pesquisas nacionais, onde predominou o tipo de estudo seccional. A maioria dos estudos nacionais foi realizada em São Paulo; apenas dois dos estudos encontrados são do Rio de Janeiro. O tamanho amostral dos estudos esteve entre 100 e 1.000 mulheres; apenas algumas poucas pesquisas utilizaram amostras abaixo de 100. Serviços pré-natais e maternidades foram os locais de pesquisa mais frequentes, tendo somente um estudo nacional sido realizado em residências.

**Quadro 1.** Estudos em países desenvolvidos sobre a prevalência da depressão gestacional

<b>Autores</b>	<b>País/ano de publicação</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>Fatores associados</b>
Andersson <i>et al.</i> <sup>9</sup>	Suécia, 2006	Longitudinal	1.555	Serviço de pré-natal	PRIME-MD <sup>a</sup>	29,2	Antecedentes psiquiátricos; morar sozinha; obesidade
Bowen e Muhajarine <sup>66</sup>	Canadá, 2006	Seccional	39	Serviço de pré-natal	EPDS <sup>b</sup>	27	Fumo, álcool
Gulseren <i>et al.</i> <sup>70</sup>	Turquia, 2006	Longitudinal	125	Maternidade	EPDS	21,6	Antecedentes psiquiátricos; eventos estressantes
Kim <i>et al.</i> <sup>96</sup>	EUA, 2006	Seccional	154	Serviço de pré-natal	PRIME-MD	26	Antecedentes psiquiátricos
Kitamura <i>et al.</i> <sup>77</sup>	Japão, 2006	Longitudinal	290	Maternidade	SDI (DSM-III-R) <sup>c</sup>	5,6	Ser jovem; atitude negativa perante a gravidez
Nicholson <i>et al.</i> <sup>43</sup>	EUA, 2006	Seccional	175	Serviço de pré-natal	CES-D <sup>d</sup>	15	Baixa qualidade de vida
Rich-Edwards <i>et al.</i> <sup>10</sup>	EUA, 2006	Longitudinal	1.662	Serviço de pré-natal	EPDS	9	Antecedentes psiquiátricos; dificuldades financeiras; gravidez indesejada
Adouard <i>et al.</i> <sup>47</sup>	França, 2005	Seccional	60	Maternidade	EPDS; HAD <sup>e</sup> MINI <sup>f</sup>	25	Não mencionado
Chee <i>et al.</i> <sup>84</sup>	Cingapura, 2005	Longitudinal	559	Maternidade	EPDS; SCID-IV (DSM-IV)	12,2	Antecedentes psiquiátricos; gravidez indesejada; baixo suporte social; conflitos familiares
Jesse <i>et al.</i> <sup>85</sup>	EUA, 2005	Seccional	130	Serviço de pré-natal	BDI <sup>g</sup>	27	Fatores sociodemográficos e psicossociais; recursos espirituais
Rubertsson <i>et al.</i> <sup>79</sup>	Suécia, 2005	Longitudinal	2.430	Serviço de pré-natal	EPDS	13,7	Eventos estressantes
Heron <i>et al.</i> <sup>14</sup>	Inglaterra, 2004	Longitudinal	8.323	Residência	EPDS	11	Não mencionado
Lee <i>et al.</i> <sup>76</sup>	Hong Kong, 2004	Longitudinal	157	Residência e maternidade	BDI; SCID (DSM-IV) <sup>h</sup>	6,4	Não mencionado
Andersson <i>et al.</i> <sup>6</sup>	Suécia, 2003	Seccional	1.795	Serviço de pré-natal	PRIME-MD	6,9	Não mencionado
Felice <i>et al.</i> <sup>78</sup>	Malta, 2003	Longitudinal	240	Maternidade	EPDS; CIS-R <sup>i</sup>	11,1	Ser solteira; baixo suporte social; antecedentes psiquiátricos; conflitos conjugais
Marcus <i>et al.</i> <sup>71</sup>	EUA, 2003	Seccional	3.472	Serviço de pré-natal	CES-D	20,4	Antecedentes psiquiátricos; percepção negativa do seu estado de saúde; uso de substâncias
Wu <i>et al.</i> <sup>44</sup>	EUA, 2002	Longitudinal	1.697	Maternidade	CES-D	15,6	Não mencionado
Evans <i>et al.</i> <sup>74</sup>	Inglaterra, 2001	Longitudinal	13.799	Residência	EPDS	13,5	Não mencionado
Josefsson <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Suécia, 2001	Longitudinal	1.558	Maternidade	EPDS	17	Não mencionado
Pajulo <i>et al.</i> <sup>80</sup>	Finlândia, 2001	Seccional	391	Serviço de pré-natal	EPDS	7,7	Uso de substâncias; dificuldades nas relações sociais
Da Costa <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Canadá, 2000	Longitudinal	80	Serviço de pré-natal	EPDS	25	Estratégias de coping; ansiedade; estresse
Johanson <i>et al.</i> <sup>81</sup>	Reino Unido, 2000	Longitudinal	417	Maternidade	EPDS	9,8	Conflitos conjugais
Kurki <i>et al.</i> <sup>45</sup>	Finlândia, 2000	Longitudinal	623	Serviço de pré-natal	BDI	30	Não mencionado

<sup>a</sup> The Primary Care Evaluation of Mental Disorders; <sup>b</sup> Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo; <sup>c</sup> Structure Diagnostic Interview (DSM-III-R);<sup>d</sup> Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; <sup>e</sup> Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; <sup>f</sup> Mini International Neuropsychiatric Interview;<sup>g</sup> Inventário Beck de Depressão; <sup>h</sup> Structure Clinical Interview – edição revisada (DSM-IV); <sup>i</sup> Clinical Interview Schedule – versão revisada.

**Quadro 2.** Estudos nacionais e de países em desenvolvimento sobre a prevalência da depressão gestacional

<b>Autores</b>	<b>País/ano de publicação</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>Fatores associados</b>
Adewuya <i>et al.</i> <sup>83</sup>	Nigéria, 2007	Seccional	180	Maternidade	EPDS	8,3	Ser solteira, divorciada ou separada; baixo suporte social
Alami <i>et al.</i> <sup>8</sup>	Marrocos, 2006	Longitudinal	100	Serviço de pré-natal	EPDS; MINI	19,2	História obstétrica; gravidez indesejada; conflitos conjugais; eventos estressantes
Limlomwongse e Liabsuetrakul <sup>5</sup>	Tailândia, 2006	Longitudinal	610	Maternidade	EPDS	20,5	Ser solteira; atitudes negativas perante a gravidez
Wissart <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Jamaica, 2005	Longitudinal	73	Serviço de pré-natal	The Zung Self-Rating Depression Scale <sup>61</sup>	56	Ser solteira
Patel <i>et al.</i> <sup>73</sup>	Índia, 2002	Longitudinal	270	Maternidade	EPDS	17,94	Violência marital; antecedentes psiquiátricos; baixa escolaridade; gravidez indesejada
Ortega <i>et al.</i> <sup>48</sup>	México, 2001	Seccional	360	Serviço de pré-natal	EPDS	21,7	Não mencionado
<b>Estudos nacionais</b>							
Caputo e Bordin <sup>75</sup>	Brasil, SP, 2007	Seccional	207	Serviço de pré-natal	Youth Self Report <sup>62</sup>	13	Não mencionado
Ferri <i>et al.</i> <sup>89</sup>	Brasil, SP, 2007	Seccional	930	Maternidade	CIDI <sup>a</sup>	13	Violência física
Faisal-Cury e Rossi Menezes <sup>69</sup>	Brasil, SP, 2007	Seccional	432	Serviço de pré-natal	BDI	19,6	Baixa escolaridade; ser solteira; baixa renda familiar; abortos anteriores
Mitsuhiro <i>et al.</i> <sup>94</sup>	Brasil, SP, 2006	Seccional	1.000	Maternidade	CIDI	12,9	Famílias desestruturadas; desemprego; baixa escolaridade
Lovisi <i>et al.</i> <sup>11</sup>	Brasil, RJ, 2005	Seccional	230	Maternidade	CIDI	19,1	Dificuldades financeiras; baixa escolaridade; violência doméstica; antecedentes psiquiátricos
Freitas e Botega <sup>72</sup>	Brasil, SP, 2002	Seccional	120	Serviço de pré-natal	CIS-R; HAD	20,8	Ideação suicida; ser solteira; baixo suporte social
Da-Silva <i>et al.</i> <sup>67</sup>	Brasil, RJ, 1998	Longitudinal	33	Residência	EPDS	37,9	Pobreza; baixo suporte marital
Luis e Oliveira <sup>97</sup>	Brasil, SP, 1998	Seccional	135	Maternidade	Consulta ao prontuário	8,1	Antecedentes psiquiátricos

<sup>a</sup> Composite International Diagnostic Interview.

## Discussão

De modo geral, a média da prevalência de depressão gestacional encontrada em países de baixa renda, inclusive no Brasil, foi de aproximadamente 20%, já nos países desenvolvidos esteve em torno de 10% e 15%,

embora alguns estudos encontrassem prevalências semelhantes às dos países em desenvolvimento. Tal fato evidencia a relevância desse transtorno para a saúde pública mundial, visto que uma prevalência de 15% a 20% é significativamente alta e que sua variação parece estar associada a fatores encontrados em contextos menos

favorecidos, como pobreza, violência, baixa escolaridade, entre outros<sup>34</sup>.

Prevalências acima dessa média foram encontradas apenas em alguns poucos estudos, nos quais as amostras eram relativamente pequenas (abaixo de 100) e não randomizadas<sup>17,47,66,67</sup>. Valores um pouco mais baixos de prevalência da depressão gestacional são encontrados quando se utilizam entrevistas diagnósticas padronizadas, seguindo critérios mais rígidos de diagnóstico do CID-10<sup>68</sup> ou DSM-IV<sup>54</sup>, em comparação com os estudos que utilizaram inventários ou escalas de sintomatologia, como o BDI<sup>57</sup> e a HAD,<sup>58</sup> visto que a frequência de sintomas depressivos tende a ser maior do que a prevalência do transtorno na população.

Assim, a prevalência da depressão durante a gravidez, encontrada na maioria dos estudos analisados, é de cerca de 20%<sup>4,5,8,11,16,48,66,69-73</sup>. Essa prevalência parece ser mais alta no terceiro trimestre de gravidez e relativamente maior nos países de baixa renda. Também tende a aumentar em casos de gravidez de alto risco<sup>11,47</sup>. Evidências revelam que os sintomas de depressão são tão ou mais comuns e graves durante a gravidez do que no período pós-parto<sup>9,74</sup>, sendo mais raros casos de suicídio<sup>72</sup>.

A frequência de depressão tende a ser mais alta entre as grávidas adolescentes do que em gestantes adultas. A depressão é um transtorno mental freqüente na adolescência, sendo a gravidez um importante fator de risco para o seu desenvolvimento nessa fase da vida. Um estudo revelou que sintomas de ansiedade e depressão são mais freqüentes em adolescentes primigestas em comparação com as adolescentes não grávidas<sup>75</sup>. Além disso, a gravidez nessa idade está associada a significativos riscos obstétricos e psicossociais, tanto para a mãe quanto para o bebê. Outro estudo, realizado em Campinas, São Paulo, estimou a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas<sup>72</sup>. Os resultados encontrados foram 20,8% de depressão, 23,3% de casos de ansiedade e 16,7% de ideação suicida. Os autores destacam, ainda, que, do total de partos, um quarto é em adolescentes de 10 a 19 anos, sendo a gravidez a primeira causa de internações nessa população, e a segunda correspondente a causas externas, entre elas a tentativa de suicídio.

Uma pesquisa sobre a prevalência da depressão antenatal entre as mulheres chinesas encontrou frequência de 6,4% de depressão durante a gravidez, menor que a média encontrada em pesquisas nas sociedades ocidentais<sup>76</sup>. A incidência da depressão gestacional no Japão foi estudada em outra pesquisa que também revelou taxas abaixo do verificado nas mulheres ocidentais, correspondendo a cerca de 5,6%<sup>77</sup>. Da mesma forma, outro estudo revelou uma prevalência de depressão entre as mulheres maltesas abaixo da média da literatura, de aproximadamente 3,9%<sup>78</sup>. A explicação para tal fato, destacada nesses estudos, seriam os aspectos culturais específicos desses contextos, nos quais se verifica a

presença de forte suporte social oferecido às mulheres durante a gravidez<sup>78</sup>. Entretanto, na China há também uma tradição de que a mulher grávida deve abster-se de comportamentos e emoções não saudáveis, o que pode favorecer o sub-relato dos sintomas depressivos<sup>76</sup>.

Vale destacar a falta de estudos sobre incidência da depressão durante a gravidez, já que a maioria é voltada para medidas de prevalência. Apenas um estudo de incidência foi encontrado<sup>77</sup>. A importância desse tipo de estudo está na identificação de casos novos, que realmente têm início durante o período estudado e que não são, por esse motivo, casos preexistentes, podendo ser verdadeiramente denominados casos de depressão gestacional.

Com relação aos instrumentos utilizados para o diagnóstico de depressão, a maioria dos autores usou a EPDS<sup>46</sup> com a finalidade de detectar sintomas depressivos também no período gestacional. Outros utilizaram o Inventário Beck de Depressão – BDI,<sup>57</sup> a HAD<sup>58</sup>, entre outros instrumentos que avaliam apenas a sintomatologia e não fornecem o diagnóstico de depressão. Para esse fim, existem entrevistas diagnósticas padronizadas, mas que não foram tão utilizadas nos estudos revisados, como a CIDI<sup>64</sup>, a MINI<sup>51</sup>, a CIS-R<sup>50</sup>, e a entrevista clínica diagnóstica baseada no DSM-IV<sup>54</sup>, SCID<sup>52</sup>.

A maioria dos estudos revisados utilizou instrumentos que forneciam apenas a sintomatologia e não o diagnóstico de depressão<sup>4,5,14,16,17,48,66,67,69,70,74,75,79-81</sup>. Cabe ressaltar que vários desses instrumentos são autopreenchíveis, não sendo muito apropriados para contextos em que há baixa escolaridade da população, como no caso dos países em desenvolvimento.

Entre os fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos durante a gestação, destacaram-se: antecedentes psiquiátricos, principalmente história pregressa de depressão; fatores relacionados à pobreza, como baixa renda, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego; ausência de suporte social, familiar ou marital, instabilidade nos relacionamentos; eventos de vida estressantes; gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco e outras drogas; e história de violência doméstica. Grande parte das pesquisas encontra todos esses fatores inter-relacionados, em maior ou menor grau, na gênese da depressão durante a gravidez. De modo geral, os fatores de risco associados à depressão gestacional encontrados nos estudos de países em desenvolvimento foram os mesmos encontrados nos países desenvolvidos, com exceção de alguns fatores associados a contextos economicamente desfavoráveis, como baixa escolaridade, desemprego, dificuldades financeiras e violência, que, obviamente, foram predominantes nos estudos em países de baixa renda.

Nas últimas décadas, os estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e a origem e o curso dos transtornos mentais. Grande parte da produção acadêmica está voltada para o papel

dos chamados eventos de vida produtores de estresse (*stressful life events*) como fatores de risco para ansiedade e depressão<sup>82</sup>. Eventos estressantes dizem respeito a mudanças na vida que exigem um reajuste, como, por exemplo, morte de um ente querido, conflitos conjugais, perda do emprego, ter sido vítima de assalto. Pesquisas recentes demonstraram a relação entre esses eventos e o desenvolvimento de sintomas depressivos durante a gravidez<sup>8,11,67,70,79</sup>. O estresse parece estar relacionado à presença de humor deprimido e ansiedade durante a gravidez<sup>17</sup>.

O suporte social recebido antes e durante a gestação, principalmente o oferecido pelo cônjuge, parece ser determinante para o bem-estar mental da gestante, visto que sua ausência tem sido associada à manifestação de sintomas depressivos na gravidez<sup>67,72,78,83-87</sup>. A percepção do suporte social recebido pelo marido está relacionada, inclusive, à prevalência de depressão após o parto<sup>88</sup>. Além disso, problemas no relacionamento conjugal também parecem estar associados à prevalência da depressão durante a gestação<sup>8,78,81</sup>. Mulheres solteiras ou divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período<sup>5,11,13,69,72,78,83</sup>.

Outro fator que tem impacto direto na saúde materna e da criança e que vem se mostrando crucial no aparecimento de sintomas depressivos durante a gravidez é a violência contra a mulher, seja ela cometida pelo cônjuge, por um familiar, ou mesmo por um desconhecido. Embora não se restrinja a áreas pobres, é nesses ambientes que se encontram as mais altas taxas de violência. No entanto, pobreza e violência são fatores de risco independentes para a depressão gestacional, sugerindo que estratégias preventivas de saúde mental materna devam incluir políticas que visem diminuir a violência e que ofereçam auxílios financeiros às grávidas. A violência doméstica contra a mulher durante a gravidez, sobretudo a cometida pelo parceiro íntimo, tem impactos adversos na saúde mental materna, especialmente no desenvolvimento de transtorno depressivo durante a gravidez<sup>11,73,89-93</sup>.

Dificuldades financeiras, desemprego e baixa escolaridade também se destacam como fatores de risco à depressão<sup>10,69,73,94,95</sup>, sendo o nível mais alto de escolaridade um fator de proteção<sup>73</sup>. A atitude negativa perante a gravidez, muitas vezes indesejada, também apresenta forte relação com a presença de sintomas depressivos durante o período de gestação<sup>8,77</sup>.

Entre os fatores de risco frequentemente associados à depressão no período gravídico-puerperal, o que é mais destacado pela maioria dos estudos analisados foram os antecedentes psiquiátricos, principalmente história anterior de depressão<sup>10,71,73,78,84,96,97</sup>. Entre as mulheres que desenvolvem depressão durante a gravidez, grande parte apresenta precedentes de episódios depressivos<sup>10,98</sup>. Além disso, problemas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas parecem estar relacionados com uma

maior frequência de sintomas emocionais, ansiedade e depressão, na gravidez<sup>66,71,80,99</sup>.

Para abordar os preditores da depressão, os estudos revisados utilizaram escalas como a *Stressful Life Events*<sup>35</sup> e o *Paykel Life Events Inventory*,<sup>60</sup> para verificar a presença de eventos estressantes; o SSQ,<sup>41</sup> para avaliar o suporte social recebido; IMS<sup>38</sup> e *Abuse Assessment Screen (AAS)*<sup>100</sup>, para medir a satisfação e a frequência e tipo de violência sofrida no relacionamento conjugal, respectivamente; e o *Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI)*<sup>101</sup>, para informações sobre o consumo de álcool e outras drogas, entre diversos outros. No entanto, grande parte dos estudos utilizou apenas perguntas ou questionários não padronizados para avaliar os fatores de risco associados à depressão.

Vários estudos longitudinais estimaram a prevalência da depressão tanto durante a gravidez quanto no puerpério<sup>5,8-10,13,14,16,17,67,70,73,74,77-79,81,84</sup>. Em todos esses estudos encontraram-se, para a depressão pré-natal, valores maiores que os achados para a depressão pós-parto, com exceção de apenas um estudo, no qual o valor superou o da depressão gestacional<sup>73</sup>. Segundo os autores, aspectos culturais da Índia podem estar envolvidos, já que há uma desvalorização quanto ao nascimento de meninas naquele país, sendo o descontentamento com o gênero da criança um forte fator de risco, principalmente após o nascimento, aumentando em três vezes a probabilidade de depressão entre as mães.

Logo, a prevalência da depressão no pós-parto costuma ser menor do que na gravidez, estando geralmente abaixo de 15%<sup>10,14,16,67,74,77-79,81,84</sup>. O curso da depressão perinatal apresenta uma tendência decrescente na intensidade de seus sintomas do período de gestação para o período após o nascimento do bebê<sup>70,84</sup>. Além disso, um estudo revelou que, dos 8,7% de casos prevalentes no período pós-natal, apenas 3,9% eram incidentes, ou seja, haviam sido iniciados nesse período e, por essa razão, poderiam ser chamados, de fato, como casos de depressão pós-parto, já que os 4,8% restantes correspondiam aos casos remanescentes do período gestacional<sup>78</sup>.

## Conclusão

A maioria dos estudos sobre prevalência de depressão gestacional foi realizada em países desenvolvidos, havendo poucos estudos nos países em desenvolvimento, o que dificulta a aplicação dos achados aos contextos específicos desses países. Em grande parte dos estudos encontraram-se prevalências de depressão gestacional em torno de 20%. Entre os fatores de risco associados à depressão nessa fase da vida, observaram-se com mais frequência: antecedentes psiquiátricos, principalmente história anterior de depressão; fatores relacionados à pobreza, como baixa renda, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego; carência de suporte social, familiar ou marital, instabilidade nos relacionamentos; eventos de vida estressantes; gravidez não desejada;

dependência de álcool, tabaco e outras drogas; e história de violência doméstica.

No Brasil, o número de estudos publicados sobre o assunto ainda é ínfimo, sendo a prevalência também em torno de 20% e os fatores associados, semelhantes aos encontrados nos demais estudos de países em desenvolvimento. Considerando a realidade de saúde pública nacional, o cuidado pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde, tornando-se crucial para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo<sup>102</sup>. Além disso, o êxito de programas de assistência ao desenvolvimento infantil também parece depender do bem-estar mental das mães<sup>23</sup>, destacando a necessidade de integração da assistência em saúde mental ao acompanhamento pré-natal. Mesmo para a prevenção da depressão pós-natal, o alvo deve ser o período pré-natal<sup>73</sup>. Além disso, as evidências de que a depressão durante a gravidez esteja associada aos indicadores de pobreza, sobretudo ao desemprego e à baixa escolaridade, levantam a importância de políticas públicas e programas na área social que invistam em educação e na geração de empregos.

Assim, a depressão, problema de saúde pública mundial, líder entre as causas de anos de vida vividos com alguma incapacidade (YDL) e que atinge cerca de 154 milhões de pessoas no mundo todo, sendo duas vezes mais comum em mulheres (5% a 9%) do que em homens (2% a 3%)<sup>103</sup>, somada a um outro problema de saúde pública em países de baixa renda como o Brasil, o alto número de gravidezes, principalmente em adolescentes, e às repercussões negativas da depressão materna na saúde do recém-nascido, tornam a questão da depressão gestacional central no desenvolvimento de políticas públicas de saúde materno-infantil.

## Referências

- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguitoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr.* 2006;33(2):92-102.
- Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 17. ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
- Botega NJ, Dias MK. Gravidez e puerpério. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006, p. 341-54.
- Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):612-8.
- Limlomwongse NN, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health.* 2006;9:131-8.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):148-54.
- Bennett HA, Einarson A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):698-709.
- Alami KM, Kadri N, Berrada S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(6):343-6.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(8):937-44.
- Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(3):221-7.
- Lovisi GM, Lopes JR, Coutinho E, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med.* 2005;35:1485-92.
- Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2005;51:1087-93.
- Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2005;5:15.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004;80(1):65-73.
- Patel V, Desouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child.* 2003;88:34-7.
- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(3):251-5.
- Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord.* 2000;59:31-40.
- Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth in India. *Br J Psychiatry.* 2006;188:284-5.
- 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;61:946-52.
- Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicovitz M, Dreyfus M, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med.* 2006;68(6):938-46.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2004;104(3):467-76.
- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry.* 2004;67(1):63-80.
- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ.* 2004;328(7443):820-3.
- Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child Care Health Dev.* 2002;28(1):51-6.
- Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Dev Neuropsychol.* 2001;20(3):639-51.
- Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* 2001;63(5):830-4.
- Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol.* 2000;19(6):535-43.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Huot RL, Brennan PA, Stowe ZN, Plotsky PM, Walker EF. Negative affect in offspring of depressed mothers is predicted by infant cortisol levels at 6 months and maternal depression during pregnancy, but not postpartum. *Ann N Y Acad Sci.* 2004;1032:234-6.
- Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CB. Parental depression: animal models of adverse life event. *Am J Psychiatry.* 2002;159(8):1265-83.
- Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization.* 2003;81(8):609-15.

35. Rosengren A, Orth-Gomer K, Wedel H, Wilhelmsen L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *BMJ*. 1993; 307:1102-5.
36. Wilhelm K, Parker G. The development of a measure of intimate bonds. *Psychol Med*. 1988;18:225-34.
37. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychology*. 1979;52:1-10.
38. Hudson WW. The clinical measurement package: a field. Chicago: Manual Dorsey Press; 1982.
39. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consul Psychol*. 1960;24:349-54.
40. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 1991;32:705-14.
41. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessment of social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44:127-39.
42. Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy. *Alcohol World*. 1994;18:55.
43. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):798-806.
44. Wu J, Viguera A, Riley L, Cohen L, Ecker J. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187(4):864-7.
45. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):487-90.
46. 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.
47. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:89-95.
48. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalência de depressão, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*. 2001;15(1):11-20.
49. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Inf Psychol*. 1990; 8:99-107.
50. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med*. 1992;22:465-86.
51. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-41.
52. First MB, Gibbon M, Sptizer RL, Williams JBW. Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders, Biometrics Research. New York: Michael B; 1994.
53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3. ed. revised). Washington DC; 1987.
54. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
55. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, DeGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 1994;272:1749-56.
56. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385-401.
57. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1998;8:77-100.
58. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
59. Krause N, Markides K. Measuring social support among older adults. *Int J Aging Hum Dev*. 1990;30:37-53.
60. Paykel ES. Methodological aspects of life-events research. *J Psychom Res*. 1983;27:341-52.
61. Zung WWK. A Self-rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12:63-70.
62. Abreu SR, Bordin IAS, Paula CS, Nascimento S. Inventário de Comportamentos Auto-Referidos para Jovens (versão brasileira do Youth Self Report, 2001). São Paulo: Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo; 2002.
63. Goldberg DP, Williams P. The User's Guide to the General Health Questionnaire. Slough: National Foundation for Educational Research-Nelson; 1988.
64. Wittchen HU, Robbins LN, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry*. 1991;159:645-53.
65. Andreolli SB, Blay SL, Mari JJ. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editors. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000, p. 46-50.
66. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):491-8.
67. 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.
68. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
69. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(1):25-32.
70. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med*. 2006;51(12):955-60.
71. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*. 2003;12(4):373-80.
72. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideiação suicida. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48(3):245-9.
73. Patel V, Rodrigues M, Desouza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(1):43-7.
74. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001; 323(7307):257-60.
75. Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):573-81.
76. Lee DT, Chan SS, Sahota DS, Yip AS, Tsui M, Chung TK. A prevalence study of antenatal depression among chinese women. *J Affect Disord*. 2004;82(1):93-9.
77. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9:121-30.
78. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord*. 2004;82:297-301.
79. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:97-104.
80. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord*. 2001;65:9-17.
81. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(2):93-7.
82. Lopes C, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1713-20.
83. Adewuyi AO, Ola BA, Aloba OO, Dada AO, Fasoto OO. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety*. 2007;24(1):15-21.
84. Chee CYI, Lee DTS, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CSL. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord*. 2005;89:157-66.
85. 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(5):405-10.
86. Alvarado MR, Medina LE, Aranda CHW. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Méd Chile*. 2002;130(5):561-8.

87. Rudnicki SR, Graham JL, Habboushe DF, Ross RD. Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women Health*. 2001;34(3):19-34.
88. 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.
89. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7(1):209.
90. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12(3):221-39.
91. Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Horiuchi S. Domestic violence against women during pregnancy. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 2005;52(9):785-95.
92. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(1):6-11.
93. Anderson BA, Marshak HH, Hebbeler DL. Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(5):353-9.
94. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):122-5.
95. Bolton HL, Hughes PM, Turton P, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998; 19(4):202-9.
96. Kim HG, Mandell M, Crandall C, Kuskowski MA, Dieperink B, Buchberger RL. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(2):103-7.
97. Luis MAV, Oliveira ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev Esc Enf USP*. 1998; 32(4):314-24.
98. Hendrick V, Altshuler L. Manejamento of major depression during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1667-73.
99. Pinheiro SN, Laprega M, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):593-8.
100. MacFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267:3176-768.
101. Miller GA. The Substance Abuse Subtle Screening Inventory. Manual, and Supplement for SASSI-2. Addiction Research and Consultation, Bloomington, IN; 1994.
102. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e Equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6(4):307-18.
103. Organização Mundial de Saúde. The World Health Report – Mental health: new understanding, new hope. Geneva, 2001.