



Depressão Pós-Parto: Correlações com Suporte Sócio-Familiar e Assistência no SUS

Postpartum Depression: Correlations with Socio-Familial Support and Assistance in the SUS

Jorge Gelvane Tostes¹
Fabiane Coura da Silva²
Daniela Knopp Barbosa²
Denise Lemes de Freitas²
Elisa Carneiro de Paula²

¹Médico Psiquiatra, Mestre em Ciências da Saúde/farmacologia, Professor Assistente de Psiquiatria da FMIIt.

²Acadêmicas do quinto ano do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt)

O presente trabalho está vinculado ao Programa de Desenvolvimento de Iniciação Científica da FMIIt e recebeu bolsa de incentivo à pesquisa do Diretório Acadêmico 8 de outubro da FMIIt no período de 2009/2010.

O trabalho foi realizado na Faculdade de Medicina de Itajubá.

Correspondência:

Jorge Gelvane Tostes
Rua Antenor Viana Braga, 249
Bairro Varginha
37501-154 - Itajubá/MG
Tel: (35) 3629-8700
jgtostes@ig.com.br

RESUMO

Objetivos: Investigar possíveis relações entre depressão pós-parto (DPP), condições de gravidez e parto e assistência prestada pelo sistema de saúde público e descrever as características sócio-demográficas de mulheres no período puerperal. **Materiais e Métodos:** Foram entrevistadas 198 puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma cidade do Sul de Minas Gerais, com idades entre 14 e 46 anos. Após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elas responderam um questionário sócio-demográfico, a Edimburg Postpartum Depression Scale (EPDS) e questões sobre condições da gravidez, parto e assistência prestada pelo SUS. **Resultados:** A prevalência de DPP foi de 17,2%. As variáveis: idade entre 36 e 40 anos ($p=0,03$, $RP=2,4$), estado civil separada ($p=0,04$, $RP=2,5$), presença de distúrbios psíquicos em gestações anteriores ($p<0,001$, $RP=3,92$), distúrbios psíquicos prévios durante a vida ($p<0,001$, $RP=4,25$), apresentaram associação com a ocorrência de depressão. **Conclusões:** O presente estudo apresenta resultados de elevada prevalência de DPP e sugere que pode ocorrer associação com fatores ligados à situação sócio-demográfica da mulher, assim como eventos da sua história médica pregressa. Além disso, traz à luz a aparente dificuldade dos profissionais de saúde da rede pública, na abordagem e tratamento de patologia tão prevalente, que leva ao sofrimento significativo para a mãe e potenciais de riscos para a mesma e o seu filho, mas que tem sido pouco reconhecida por esses profissionais.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, assistência, SUS

ABSTRACT

Objectives: To establish relationship between PPD (Postpartum depression), conditions of pregnancy and childbirth and assistance by the public health system and to describe the demographic characteristics of women in the puerperium. **Materials and Methods:** We interviewed 198 mothers attending the Sistema Único de Saúde (SUS) from a town in southern Minas Gerais, aging from 14 to 46 years. After reading and signing the Informed Consent, they were asked to complete a socio-demographic questionnaire, the Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS) and questions about conditions of pregnancy, childbirth and the care provided by SUS. **Results:** The prevalence of PPD was 17.2%. The age between 36 and 40 years ($p = 0.03$, $RP = 2.4$), marital status divorce ($p = 0.04$, $RP = 2.5$), presence of mental disorders in previous pregnancies ($p < 0.001$ $RP = 3.92$), psychiatric symptoms during the previous life ($p < 0.001$, $RP = 4.25$), were associated with the occurrence of depression. **Conclusions:** This study shows, as in the international literature, that the prevalence of PPD is high and can occur associated with factors related to socio-demographic situation of women as well as events in their medical history. Furthermore, our research brings to light the apparent difficulty of health professionals from the public health system when approaching and treating such prevalent disease, leading to significant distress to the mother and potential risks to herself and her child, but that has rarely been recognized by those professionals.

Key words: Postpartum depression, assistance, SUS

INTRODUÇÃO

A depressão é considerada um grave problema de saúde pública, atingindo de 2 a 5% da população em geral. Entre as mulheres, as taxas variam de 3,8 a 14,5%, podendo haver relação com eventos vitais como gestação, parto e período pós-parto.^{1,2,3,4}

A depressão pós-parto (DPP), apresenta prevalência que varia entre 10 a 20% em mulheres adultas^{5,6,7} e de até 26%, entre as adolescentes.⁸ É caracterizada, fisiologicamente, pela diminuição brusca dos esteróides gonadais que podem diminuir a atividade serotoninérgica central e proporcionar uma vulnerabilidade maior ao desenvolvimento de variações de humor em mulheres susceptíveis.^{7,9} Costa *et al.*,¹⁰ identificaram diversos outros fatores associados à ocorrência da DPP, podendo ocorrer isolados ou associados. Variáveis biológicas, demográficas e psicossociais, como idade, paridade, estado conjugal, nível educacional, relação marital ou ainda psíquicas, como história de psicopatologia, distúrbio psicológico durante a gestação, como planejamento da gravidez, complicações obstétricas ou experiência de parto, constituem alguns dos fatores de risco para o aparecimento do transtorno.^{5,7,8,11-17}

A manifestação desse transtorno acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de ferir o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas.¹⁸

A depressão materna constitui um fator de preocupação, pois pode provocar conseqüências, como a desestruturação familiar e possíveis prejuízos cognitivos e emocionais às crianças submetidas aos cuidados de mães com a patologia.¹⁹ De acordo com Frizzo e Piccini,²⁰ mães afetadas tendem a ser menos responsáveis, podendo causar à criança carência psicossocial, condições de desenvolvimento adversas e risco de abuso e de trauma não intencional à mesma.

Observa-se também, que as mulheres tendem a não procurar espontaneamente tratamento profissional para DPP e só o fazem por estímulo de outras pessoas.²¹⁻²⁴ Por outro lado, é difícil encontrar médicos e profissionais de saúde mental com qualificação para intervenções na DPP.²⁵ Por esse motivo, os profissionais tendem a evitar falar sobre DPP pois, se detectada, eles não saberão claramente quais os próximos passos a seguir.²⁶

Revisões da literatura indicam que estratégias de prevenção universal da DPP no período pré-natal têm falhado, apresentando baixos valores preditivos positivos nas mensurações e os eventos após o nascimento têm apresentado maior relevância no desencadeamento dessa patologia.²⁷ Intervenções universais de sucesso buscam modificar os fatores de risco, aceitar modelos multifatoriais de causalidade, incentivar mecanismos de mudança comportamental e valorizar programas de cuidado primário.^{28,29}

Assim, observando que o tempo de duração da DPP deve ser levado em consideração na avaliação dos seus efeitos,¹¹ é fundamental a identificação e condução dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto para minimizar os impactos na mãe, no recém-nascido e na família.^{4,7,13,30} e escalas de auto-avaliação como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)³¹ têm sido utilizadas para rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam após o parto.³²

Este trabalho procurou estudar a DPP em uma cidade do sul de Minas Gerais, correlacionando-a com variáveis sócio-demográficas, condições da gravidez e parto, bem como atenção dispendida pelos familiares a essas mulheres, além de verificar a capacidade de diagnóstico e atenção, promovida pelos profissionais envolvidos na atenção a essas pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram entrevistadas 198 puérperas que tiveram filhos entre julho de 2009 e junho de 2010, em duas maternidades públicas de uma cidade do sul de Minas Gerais.

O cálculo da amostra foi baseado na maior prevalência de depressão pós-parto esperada, que é de 20%, justificada a partir de revisão de literatura,⁴ levando-se em consideração um erro absoluto de 5% e nível de confiança de 95%.

Foram elegíveis as mulheres no puerpério imediato, ainda internadas nas maternidades, no período de julho de 2009 a maio de 2010 que satisfaziam os critérios de inclusão para a pesquisa e que leram e concordaram com os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na primeira etapa, as puérperas responderam ao questionário sócio-demográfico, com objetivo de avaliar as variáveis idade, cor, escolaridade, estado civil, renda familiar, situação ocupacional, religião, procedência e naturalidade, condições habitacionais e familiares.

A segunda etapa da entrevista foi realizada nos domicílios das puérperas, no intervalo entre a quarta e oitava semana de pós-parto. Neste momento, a entrevistada respondia inicialmente à EPDS, além do questionário sobre condições da gravidez, parto, assistência recebida pela família e pelo sistema de saúde público. Para auxiliar as respostas nesta etapa, a puérpera pode utilizar-se do cartão de pré-natal.

As informações obtidas através da aplicação dos questionários foram inseridas em Banco de Dados, através do Microsoft Office Excel 2007. Para descrever o perfil da amostra, foram feitas tabelas de frequência das variáveis e estatísticas descritivas. Para análise da relação entre variáveis categóricas, utilizou-se a Razão de Prevalência (RP) e os testes do Qui-quadrado e Exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).³³

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram

previamente submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá e aprovados pelo mesmo sob o número 016/09.

RESULTADOS

Encontrou-se uma prevalência de DPP de 17,2%, identificada a partir da soma das respostas à EPDS, com a obtenção de um *score* maior que 12. Apresentavam em média 25,4 anos ($DP \pm 6,26$), sendo que a maior parcela da amostra se declarou branca (66,2%), em união estável (68,7%), com prática religiosa regular (62,6%), tendo como principal ocupação o estudo ou o cuidado do lar (63,1%) e 27,8% tinham ensino fundamental incompleto ou médio completo (27,8%). As variáveis sócio-demográficas que se associaram ao maior risco de aparecimento de DPP foram a idade (36-40 anos) e o estado civil (estar separada) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição estudada segundo aspectos sócio-demográficos e relação com a prevalência de DPP.

Variável	DPP (n=34)		Sem DPP (n=164)		RP	χ^2	p
	n	%	n	%			
Grupo etário							
<15 anos	-	-	3	1,8	-	-	-
16 20 anos	6	17,6	39	23,8	0,7	0,6	0,4
21 25 anos	10	29,4	51	31,1	0,9	0	0,9
26 30 anos	7	20,6	37	22,6	0,9	0,1	0,8
31 35 anos	5	14,7	24	14,6	1	0	1
36 40 anos	5	14,7	8	4,9	2,4	4,4	0,03*
> 40 anos	1	2,9	2	1,2	2	0,6	0,4
Escolaridade							
analfabeta	-	-	1	0,6	-	-	-
fundamental incompleto	11	32,3	42	25,6	1,3	0,6	0,4
fundamental completo	5	14,7	36	22	0,6	0,9	0,3
médio incompleto	7	20,6	34	20,7	1	0	1
médio completo	9	26,5	44	26,8	1	0	1
superior incompleto	2	5,9	2	1,2	3,0	3,1	0,1
superior completo	-	-	4	2,4	-	-	-
não informou	-	-	1	0,6	-	-	-
Estado civil							
solteira	6	17,6	44	26,8	0,6	1,3	0,3
união estável	24	70,6	112	68,3	1,1	0,1	0,8
separada	4	11,8	6	3,6	2,5	3,9	0,04*
viúva	-	-	2	1,2	-	-	-
Estado ocupacional							
emprego formal/ informal	8	23,5	54	32,9	0,6	1,5	0,2
do lar/ estudante	24	70,6	101	61,6	1,4	1	0,3
desempregada	2	5,9	3	1,8	2,4	1,9	0,2
não informou	-	-	6	3,6	-	-	-
Prática religiosa							
praticante	19	55,9	105	64	0,7	1,1	0,3
não praticante	15	44,1	55	33,5	1,4	1,1	0,3
não informou	-	-	2	1,2	-	-	-
sem religiosidade	-	-	2	1,2	-	-	-

RP: Razão de Prevalência; χ^2 : Teste do Qui-quadrado; * $p < 0,05$

Dentre as participantes da pesquisa, 35 diziam fazer uso de substâncias psicoativas, sendo citados o tabaco, álcool, maconha e o crack. Entre as usuárias de alguma substância, a maioria era de tabaco (68,5%), com prevalência de DPP da ordem de 33,3% (RP=1,94 e $p<0,05$).

Quando investigada a associação de DPP e presença de distúrbios psíquicos em gestações anteriores, observou-se que 47% das mulheres diagnosticadas com DPP já haviam apresentado quadro semelhante ao atual ($p < 0,001$, RP=3,92). De modo semelhante, 34% das participantes com DPP relataram distúrbios psíquicos prévios durante a vida, associando-se a maior risco de DPP ($p < 0,001$, RP= 4,25).

Também foi avaliada a assistência prestada às mães pelos profissionais de saúde, observando-se que durante a gravidez 68% disseram não terem sido questionadas quanto ao seu estado emocional, já na internação este número foi de 72,7% e até o momento da visita domiciliar para a pesquisa, 78,8% das mães relataram que não haviam sido questionadas a respeito de seu estado psíquico. Em contrapartida, apenas 16,6% não se sentiram acolhidas e 33,8% relataram não terem recebido atenção devida às suas queixas.

DISCUSSÃO

A prevalência de DPP encontrada na amostra pesquisada (17,2%) parece demonstrar a relevância deste transtorno e representar a frequência encontrada em muitos outros estudos, com mulheres adultas, onde se encontram prevalências que variam de 10 a 20%.^{5,6,7}

A utilização da EPDS como método de rastreio de sintomas depressivos tem reconhecidas altas sensibilidade e especificidade, assim como um alto valor preditivo, é um método auto-avaliativo, específico para pós-parto e mostra-se de fácil entendimento pela parturiente.^{1,2,17} O ponto de corte maior que 12 encontrado na somatória das respostas da escala foi definido para o diagnóstico de DPP, por se mostrar mais adequado para o contexto brasileiro.^{8, 14}

Apesar de serem reconhecidos diversos fatores sócio-demográficos associados à ocorrência de DPP, somente foi observada associação positiva entre idade de 36-40 anos ($p=0,03$; RP=2,4), e estado civil “separada” ($p=0,04$; RP=2,5). A ocorrência da associação do tabagismo e maior risco de DPP (33,3%; RP=1,94 e $p<0,05$) pode ser justificada pela observação de que mulheres deprimidas que bebem ou fumam compulsivamente durante a gravidez, possuem maior risco de que sua depressão continue no período pós parto.³⁴

Não ocorreu associação entre eventos gestacionais e maior risco de DPP, como também não se observou associação com outras condições familiares.^{11,14} A maior prevalência de DPP na faixa etária de 36-40 anos poderia ser explicada pela diminuição brusca dos esteróides gonadais em mulheres mais velhas, proporcionando uma vulnerabilidade maior ao desenvolvimento de variações de humor em mulheres susceptíveis.^{7, 9} Por outro lado, a maior frequência de DPP entre mulheres separadas poderia estar associada à falta de apoio do parceiro neste momento²⁰ e à perda da conjugalidade.⁷

Quando se investigou a associação entre DPP e presença de distúrbios psíquicos em gestações anteriores, observou-se que 47% das puérperas diagnosticadas com DPP já haviam apresentado quadro semelhante ($p < 0,001$, RP=3,92) e do mesmo modo, 34% das mulheres com DPP relataram algum distúrbio psíquico durante a vida ($p < 0,001$, RP= 4,25). Acredita-se que o maior risco de desenvolver DPP se dê pelo aspecto hereditário da depressão, como também pelo metabolismo hormonal do puerpério dessas mulheres.⁹

Avaliou-se também, se os profissionais que atenderam essas puérperas investigaram ou valorizaram suas queixas emocionais, além de verificar se prestaram assistência voltada a esses aspectos. Dessa forma, identificou-se que, (i) durante a gravidez, 68% das grávidas disseram não terem sido questionadas quanto ao seu estado emocional, (ii) na internação este número elevou-se para 72,7% delas e (iii) nas semanas seguintes ao parto, já em suas residências, 78,8% das mães relataram que não haviam sido questionadas a respeito de seu estado psíquico. O fato de que essas mulheres não foram, em sua maioria, questionadas e amparadas em seus aspectos emocionais não se relacionou positivamente com maior risco de aparecimento de DPP.

Por outro lado, muitas dessas mulheres já possuíam fatores de risco para desencadeamento dos sintomas depressivos, como o histórico de algum distúrbio psíquico em gravidez prévia ou durante a vida.^{26,27}

CONCLUSÃO

Conclui-se que, na amostra estudada, a DPP apresentou alta prevalência, teve associação com condição marital, idade elevada da mãe e uso de tabaco, além de haver maior risco entre aquelas mulheres que já apresentaram algum distúrbio psíquico na vida ou em gestação prévia. Também se apreende, com os resultados obtidos que, apesar de prevalência elevada, a DPP ainda é pouco diagnosticada e tratada.

Propõe-se então que a DPP deva ser tratada como problema de saúde pública e cabe aos médicos e profissionais da saúde a função de investigar e tratar esse transtorno. Entretanto, é necessária a sensibilização e capacitação dos profissionais para que eles saibam como identificá-lo e tratá-lo de maneira adequada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração das maternidades Xavier Lisboa da Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Dr. Basílio Pinto Filho do Hospital Escola de Itajubá. Além da senhora Maria do Carmo Chiaradia, secretária da diretoria da Faculdade de Medicina Itajubá.

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 abr; 27(4):181- 8.
2. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr* 2007 dez;29(3):274-280.
3. Barbosa SEM, Petribú K, Mariano MHA, Ferreira MNL, Almeida A. Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr* 2008 mar;30(1):86-90.
4. 4) Ruschi GEC, Chambô Filho A, Lima VJ, Yazaki-Sun S, Zandonade E, Mattar R. Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto? *Rev Bras Saude Mater* 2009 jun;9(2):207-213.
5. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci*. 2008 Jun;22(2):186-95.
6. Nomura ML, Silva JLCP. Riscos e benefícios do uso dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina para a depressão durante a gravidez e a lactação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007 jul; 29(7):333-6.
7. Frizzo GB, Prado LC, Linares JL, Piccinini CA. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicol Reflex Crit* 2010 abr; 23(1):46-55.
8. Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colas OR, Neto JA, Lippi UG. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007 set; 29(9):470-7.
9. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(Supl II):56-64.
10. Azevedo KR, ARPais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol Reflex e Crít* 2006; 19 (2), 269-276.
11. Schwengber, DDS, Piccinini, CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol* 2003 set.-dez; 8(3), 403-411.
12. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psych and Clin Neurosci* 2008; 62 (3):331-340.
13. Beretta MIR, Zaneti DJ, Fabbro MRC, Freitas MA, Ruggiero EMS, Dupas G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev Eletr Enf* 2008;10(4):966-78.
14. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiq Clín* 2007; 34 (4); 157-165.
15. Rowe HJ, Fisher JRW, Loh WM. The Edinburgh Postnatal Depression Scale detects but does not distinguish anxiety disorders from depression in mothers of infants. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11:103-108.
16. Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública* 2010 Apr; 26(4): 738-746.
17. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009 ago; 43(supl.1):79-84.
18. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(5):428-32.
19. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2005 Aug; 27(2): 165-176.
20. Frizzo BG, Piccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicol Reflex Crít* 2007; 20(3), 351-360.
21. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000;107(10):1194–1201.
22. Chaudron LH, Kitzman HJ, Peifer KL, Morrow S, Perez LM, Newman MC. Self-recognition of and provider response to

- maternal depressive symptoms in low-income Hispanic women. *Journal of Women's Health* 2005;14(4):331-338.
23. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, et al. Postnatal depression in the community. *The British Journal of General Practice; The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1998;48(428):1064-1066.
 24. Small R, Brown S, Lumley J, Astbury J. Missing voices: What women say and do about depression after childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1994;12:19-22.
 25. Oates, M. Perinatal maternal mental health services. London, England: Royal College of Psychiatrists; 2000 abr; 04-31.
 26. Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *Journal of the American Board of Family Practice* 2003 out;16 (5):372-382.
 27. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2003 Jan, 107:10-17.
 28. Mrazek P, Haggerty R. Reducing Risks for Mental Disorders: *Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press 1994.
 29. Rahman A. Challenges and opportunities in developing a psychological intervention for perinatal depression in rural Pakistan - a multi-method study. *Arch Womens Ment Health* 2007 Jun, 10:211-219.
 30. Perosa GB, Silveira FCP. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília 2008, 24 (1), 29-36.
 31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Association, 2000.
 32. 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
 33. Arango HG, Mendes ST. *Bioestatística: Teórica e Computacional*. 2^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
 34. Homish GG, Cornelius JR, Richardson GA, Day NL. Antenatal risk factors associated with postpartum comorbid alcohol use and depressive symptomatology. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004; 28(8):1242-8.

O trabalho foi realizado na Faculdade de Medicina de Itajubá.

Correspondência: Jorge Gelvane Tostes - Rua Antenor Viana Braga, 249, bairro varginha, Itajubá/MG
CEP: 37501-154, tel: (35) 36298700
e-mail: jgtostes@ig.com.br