



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

GUSTAVO PARANHOS DE ALBUQUERQUE MORAES

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS PARÂMETROS METODOLÓGICOS
UTILIZADOS NOS ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE OS INSTRUMENTOS DE
PESQUISA E O TEMPO RELACIONADOS A TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E
AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**RECIFE/PE
2015**

GUSTAVO PARANHOS DE ALBUQUERQUE MORAES

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS PARÂMETROS METODOLÓGICOS
UTILIZADOS NOS ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE OS INSTRUMENTOS DE
PESQUISA E O TEMPO RELACIONADOS A TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E
AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

Área de concentração: Psiquiatria

Linha de Pesquisa: Saúde Mental da Mulher

Orientador: Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Junior.

RECIFE/PE

2015

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

- M827r Moraes, Gustavo Paranhos de Albuquerque.
Revisão sistemática dos parâmetros metodológicos utilizados nos artigos científicos sobre os instrumentos de pesquisa e o tempo relacionados a triagem, diagnóstico e avaliação da depressão pós-parto / Gustavo Paranhos de Albuquerque Moraes. – Recife: O autor, 2015.
96 f.: il. ; 30 cm.
- Orientador: Amaury Cantilino da Silva Junior.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2015.
Inclui referências e apêndices.
1. Depressão Pós-Parto. 2. Diagnóstico. I. Silva Junior, Amaury Cantilino da (Orientador). II. Título.
- 616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2015-161)

Gustavo Paranhos de Albuquerque Moraes

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS PARÂMETROS METODOLÓGICOS
UTILIZADOS NOS ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE OS INSTRUMENTOS DE
PESQUISA E O TEMPO RELACIONADOS A TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E
AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: 25 / 05 / 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profa. Dra. Rosana Cristine Ximenes
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Leopoldo Barbosa
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Dedico este trabalho aos meus pais, Marcos e Lígia, aos meus irmãos Chris, Marquinhos, Renata e Catharina e à minha linda Marcela, porque sem eles nada seria possível e nada teria sentido.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui os meus agradecimentos:

Ao meu orientador Professor Dr. Amaury Cantilino, que depositou confiança no meu trabalho como pesquisador e me incentivou à realização do mestrado.

Ao Professor Dr. Marcelo Valença pelas aulas inspiradoras durante a disciplina de Neurociências, que me fizeram ter um outro olhar para a arte de ensinar, pesquisar e fazer ciência.

Aos excelentes professores da Pós-graduação em Neuropsiquiatria da UFPE, que com maestria ampliaram os meus conhecimentos.

Aos colegas do curso de mestrado, que durante este período dividiram grandes dificuldades e alegrias, com ricas trocas de saberes.

À colega de curso Gabriela que participou da minha pesquisa como segunda revisora.

À bibliotecária Emanuella Barbosa, que me deu dicas de como formatar a dissertação nos padrões exigidos.

Aos meus professores, preceptores e colegas da residência em Psiquiatria, que me ajudaram a me formar nessa especialidade que tanto admiro e valorizo.

Aos novos colegas e amigos de profissão que me receberam tão bem no meu retorno ao Recife, especialmente a Evaldo Melo, pela generosidade de dividir o seu espaço no consultório comigo.

Aos amigos e familiares, que tiveram paciência de entender o meu afastamento temporário nesses últimos dois anos.

À minha avó Alita, em memória, como exemplo ético a ser seguido.

Finalmente, aos pacientes, que são a maior motivação do meu trabalho.

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas mudam o mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

Os períodos de gestação e puerpério nem sempre são marcados por alegrias e realizações. É exatamente nesta fase que muitas mulheres experimentam alterações importantes do humor e/ou ansiedade, sendo o pós-parto o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Apesar de ser hoje uma das condições clínicas mais estudadas da psiquiatria e de ser bastante conhecida na prática clínica, a depressão pós-parto ainda não apresenta consensos conceituais e metodológicos importantes para um maior grau de confiabilidade no diagnóstico e na comparação de dados de pesquisas. Assim, esta pesquisa busca minimizar a carência de uniformização e consenso a respeito deste tema tão relevante. Este estudo corresponde a uma revisão sistemática descritiva, no qual foram utilizados três bancos de dados: PubMed/MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS) e foram incluídos os artigos originais em língua inglesa, nos últimos 5 anos até 30 de junho de 2014, em humanos do sexo feminino. Foram excluídos os artigos não originais, os artigos de revisão e os relatos ou séries de casos. Após a exclusão dos artigos não pertinentes, restaram 356 que foram avaliados por dois revisores e apenas 154 artigos preencheram os critérios de inclusão. O resultado evidencia uma grande heterogeneidade nos instrumentos de pesquisa, com 38 instrumentos de triagem, diagnóstico e avaliação distintos. A verificação do instrumento principal dos estudos, registra uma predominância do Edimburg Depression Postpartum Scale (EPDS) em cerca de 65% dos artigos, apresentando pontos de corte com uma variação total de 7 a 20 e predominância entre 12 e 13. Quanto ao tempo, verifica-se que a maior parte das aferições dos instrumentos foram realizadas no primeiro trimestre do puerpério (45%), contudo foram grandes os percentuais de registros fora deste período, 43% acima de 3 meses do puerpério e 12% durante a gestação. Em relação aos períodos com maior prevalência de casos após o nascimento, constata-se que 65% encontra-se nos primeiros 3 meses após o parto e 35% após os 3 meses. Desta forma, apesar de se averiguar uma heterogeneidade significativa entre os estudos, há uma predominância do EPDS como método de triagem mais utilizado. Já em relação ao tempo, os resultados indicam que ele está muito além do que atualmente é preconizado nos manuais diagnósticos, com episódios depressivos desde a gestação até o período de um ano após o parto, relacionando-se ao nascimento do filho. Os resultados deste estudo ajudam a diminuir as discordâncias metodológicas e conceituais sobre as depressões relacionadas ao parto e podem embasar políticas em saúde para melhorar as estratégias na busca de um diagnóstico mais preciso e precoce e, desta forma, ajudar na prevenção e assistência às mães acometidas por essa enfermidade.

Palavras-chave: Depressão pós-parto - Diagnóstico. Depressão pós-natal. Depressão perinatal. Depressão puerperal.

ABSTRACT

Periods of pregnancy and postpartum are not always marked by joys and achievements. It is precisely at this stage that many women experience major changes of mood and / or anxiety, and the postpartum period has the greatest vulnerability to the onset of psychiatric disorders. Although it is now one of the most studied clinical conditions of psychiatry and being well known in clinical practice, the postpartum depression still does not present conceptual and methodological consensus important for a greater degree of reliability in the diagnosis and the data comparison of survey. Therefore, this research seeks to minimize the lack of standardization and consensus on this issue as relevant. This study represents a descriptive systematic review, in which was used three databases: PubMed / MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and original articles were included in English in the last five years until June 30, 2014, in human females. Non-original articles, review articles and reports or case series were excluded. After exclusion of irrelevant articles, remaining 356 that were evaluated by two reviewers and only 154 articles met the inclusion criteria. The result shows a great heterogeneity in research tools, with 38 screening tools, diagnostic and distinct evaluation. Verification of the main instrument of the studies, reports a prevalence of Edimburg Depression Postpatum Scale (EPDS) in about 65% of the articles, with cutoff points with a total variation 7-20 and prevalence between 12 and 13. As for the time, it appears that most of the instruments measurements were carried out in the first quarter of the puerperium (45%), however, were large percentage of the records outside of this period, 43% over 3 months postpartum and 12% during pregnancy. For periods with higher prevalence of cases after birth, it appears that 65% is the first 3 months after delivery and 35% after 3 months. Thus, although to ascertain significant heterogeneity between studies, there is a predominance of the EPDS as the most used screening method. In relation to time, the results indicate that it is far beyond what is currently recommended in the diagnostic manual, with depressive episodes from pregnancy to one year after delivery, relating to the birth of the child. The results of this study help to decrease the methodological and conceptual disagreements over the depressions related to childbirth and can to base health policies to improve the strategies in the search for a more accurate diagnosis and early and thus help prevent and assistance to affected mothers by this disease.

Keywords: Postpartum depression - Diagnosis. Postnatal depression. Perinatal depression. Puerperal depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1–	ORGANOGRAMA DA BUSCA DE DADOS-----	36
GRÁFICO 1 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ARTIGOS POR PAÍS-----	58
GRÁFICO 2-	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ARTIGOS POR CONTINENTE-----	58
GRÁFICO 3-	ESPECIALIDADES DE INTERESSES DA PUBLICAÇÃO-----	59
GRÁFICO 4-	OBJETIVOS PRINCIPAIS DOS ESTUDOS -----	59
GRÁFICO 5-	TIPOS DE DESENHOS METODOLÓGICOS UTILIZADOS NOS ESTUDOS -----	60
GRÁFICO 6-	PERCENTUAL REGISTRADO DE CADA INSTRUMENTO UTILIZADO NA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DE DPP-----	61
GRÁFICO 7-	PRINCIPAIS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NOS ESTUDOS-----	61
GRÁFICO 8 -	ESCORES CONSIDERADOS PELOS PESQUISADORES E SUAS FREQUÊNCIAS-----	62
GRÁFICO 9-	PERÍODO DE UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS-----	62
GRÁFICO 10-	ÚLTIMO PERÍODO DE UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS-----	70
GRÁFICO 11-	MELHOR PERÍODO PARA A UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS-----	70
QUADRO 1 -	ETAPAS DO PROJETO DE PESQUISA -----	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	RESULTADO KAPPA GERAL-----	35
TABELA 2 -	ARTIGOS INCLUÍDOS E SEUS DADOS -----	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI	Beck Depression Inventory - I
BDI-II	Beck Depression Inventory - II
BSI	The Brief Symptom Inventory
CES-D	Self-Report Depression Scale
CHQ	The Child Health Questionnaire
CID-9-CM	International Classification of Diseases -9
CID-10	International Classification of Diseases - 10
CIDI	International Classification of Diseases Interview
CIS-R	Revised Clinical Interview Schedule
CPRS-DSM-IV	Conners Parent Rating Scale - DSM- IV
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale-21
DIGS	Diagnostic Interview for Genetic Studies
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV
DSM-IV	Two case-finding questions (DSM-IV)
DSM-IV-TR	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-R
EPDS	Edimburg Depression Postpartum Scale
EPDS-2	Edimburg Depression Postpartum Scale - 2
EPDS-7	Edimburg Depression Postpartum Scale - 7
HRSD-17	Hamilton Depression Rating Scale - 17
IDAS-GD	Development and Validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms
IPQ	Illness Perception Questionnaire
K-6	Kessler Psychological Distress Scale – 6
K10	Kessler Psychological Distress Scale – 10
LQ	Leverton Questionnaire
MADRS	The Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale
MINI	Mini Neuropsychiatric Interview
MMS	Maternal Mood Screener
PDPI-R	Post-partum Depression Predictors Inventory-Revised
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PDSS-7	Postpartum Depression Screening Scale – 7

PHQ	Patient Health Questionnaire
PHQ-2	Patient Health Questionnaire – 2
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - 9
PRAMS	Pregnancy Risk Assessment Questions
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SQR-11	Self-reporting questionnaire – 11
SQR-20	Self-Reporting Questionnaire - 20
SRPDS	Disparities in self-reported postpartum depression
ZSDS	Zung Self-Rating Depression Scale

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	ASPECTOS CLÍNICOS	17
2.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	18
2.3	ASPECTOS ETIOLÓGICOS	18
2.4	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	19
2.5	CONSEQUÊNCIAS	21
2.6	TRATAMENTO.....	22
2.7	ASPECTOS NOSOLÓGICOS E METODOLÓGICOS.....	24
2.7.1	Instrumentos de triagem e avaliação.....	24
2.7.2	Tempo.....	28
2.7.3	Evolução do diagnóstico nos manuais: DSM e CID.....	29
3	OBJETIVOS.....	31
3.1	OBJETIVO GERAL	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
5	ETAPAS DO PROJETO	34
6	RESULTADOS.....	35
7	DISCUSSÃO	64
7.1	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	67
8	CONCLUSÃO	69
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – LISTA DE REFERÊNCIA DOS ARTIGOS EXCLUÍDOS	83
	APÊNDICE B – LISTA DE REFERÊNCIA DOS ARTIGOS INCLUÍDOS.....	85

ANEXO A - TABELA TESTE KAPPA.....	97
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

É muito antiga a associação entre mudanças do humor e o período puerperal, existindo evidências desta relação desde a época de Hipócrates (MILLER, 2002). Diferente do que se imagina popularmente, o período de gestação e puerpério nem sempre é marcado por alegrias e realizações. É exatamente nesta fase que muitas mulheres experimentam alterações importantes do humor e/ou ansiedade (PEREIRA; LOVISI, 2008), sendo o pós-parto o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos (CANTILINO, 2010).

São vários os fatores relacionados às altas taxas de transtornos psiquiátricos no puerpério. Ocorrem, nesta fase, mudanças bruscas nos níveis dos hormônios gonadais e da ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. Além disso, outras alterações biológicas, mudanças psicológicas e mudanças sociais importantes também são características desse período (CANTILINO, 2010).

Dentre os transtornos psiquiátricos puerperais, a Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada a complicação mais relevante, devido ao alto índice de prevalência, que varia entre 10 a 20% na maioria dos estudos (MORAES et al., 2006), e às repercussões na vida da mãe, da família e dos filhos (ROBINSON; STEWART, 2001). Por essa razão, esse transtorno é considerado um problema de saúde pública, o que torna fundamental diagnóstico, tratamento e prevenção adequados (MORAES et al., 2006).

Um dos maiores entraves para encontrar a real prevalência de DPP em uma população estudada é a existência de uma grande variedade de parâmetros metodológicos utilizados nas pesquisas, como populações de estudo, método-diagnóstico utilizados e o período pós-parto considerado (LOBATO, 2011). Também não existe consenso a respeito do período ideal para se realizar as triagens, se apenas no período puerperal é possível se diagnosticar uma DPP e até quanto tempo após o parto esta condição clínica pode ser relacionada a ele (CANTILINO, 2010).

Apesar de ser hoje uma das condições clínicas mais estudadas da psiquiatria e de ser bastante conhecida na prática clínica, a depressão pós-parto ainda não apresenta consensos conceituais e metodológicos importantes para um maior grau de confiabilidade no diagnóstico

e na comparação de dados de pesquisas. Assim, esta pesquisa busca minimizar a carência de uniformização e consenso a respeito deste tema tão relevante.

Este trabalho é fundamentado em extensa revisão bibliográfica sobre os aspectos mais relevantes da DPP, seguido pelos objetivos geral e específicos da pesquisa. Depois são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na realização deste estudo e as etapas do projeto. Em seguida, são descritos e ilustrados com gráficos os resultados principais e a partir destes, é realizada a discussão dos pontos mais importantes. Por fim, a conclusão do trabalho com suas recomendações.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS CLÍNICOS

O termo Depressão Pós-Parto (DPP) é utilizado por muitos pesquisadores para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, não havendo ainda um consenso no que diz respeito ao espaço de tempo que um episódio depressivo pode estar relacionado ao parto. Nesse sentido, existem autores que consideram desde um mês após o parto (POPE et al., 2000) até após um ano deste evento (BECK; RECORDS; RICE 2006). Assim como os que defendem o seu início desde a gestação (BANTI et al., 2011).

A identificação do transtorno pode ser dada a partir dos mais variados sintomas: ocorrência de humor deprimido, perda de prazer e de interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração ou para tomar decisões e, até mesmo, pensamentos de morte ou suicídio. Algumas mães podem se preocupar excessivamente com a saúde e com os hábitos alimentares do bebê e se reconhecem como mães inadequadas, ruins ou sem amor pela criança (ROBINSON; STEWART, 2001). Se não tratada, a depressão pós-parto pode evoluir para depressão clínica grave e, em alguns casos mais extremos, levar ao suicídio, que é uma das principais causas de mortes maternas no Reino Unido (LINDAHL, PEARSON, COLPE, 2005; LEWIS, 2007).

Ainda sobre o quadro clínico da depressão nessa época da vida, algumas peculiaridades merecem destaque (WHIFFEN, 1988). Dentre elas, a alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos (ROSS et al., 2004; CANTILINO, 2010) e obsessivo-compulsivos (JENNINGS et al., 1999; ZAMBALDI, 2008), a menor incidência de suicídio (LINDAHL; PEARSON; COLPE, 2005), resposta terapêutica mais demorada e, em geral, a necessidade de tratamento com mais de uma medicação (HENDRICK et al., 2000). As mulheres que apresentam depressão pós-parto têm maior possibilidade de apresentar episódios depressivos posteriormente e, principalmente, novos episódios de DPP (JOSEFSSON et al., 2007).

Em contrapartida, um fator complicador no diagnóstico de DPP é a distinção entre os sintomas depressivos e as supostas “sequelas normais” do parto, tais como alterações no peso, sono e energia (HOSTETTER; STOWE, 2002). Estes podem tornar a triagem para distúrbios

de humor no pós-parto recente difícil, já que muitos sintomas somáticos desta época se confundem com sintomas da depressão (NONACS; COHEN, 1998). Por isso, enquanto as depressões pós-natais muito graves são facilmente detectadas, apresentações menos graves da doença depressiva são de difícil diagnóstico, por aparentarem ser consequências normais ou naturais do parto.

Além disso, outro fator de confusão na determinação de depressão pós-parto é a presença de possíveis causas físicas não raras neste período (incluindo anemia, diabetes e disfunções da tireóide) que poderiam contribuir para os sintomas depressivos (PEDERSEN et al., 1993).

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Uma meta-análise realizada por O'Hara e Swain (1996) apresentou uma taxa de prevalência de depressão pós-parto de 13%, baseado em estudos que avaliaram os sintomas depois de, pelo menos, duas semanas após o parto - para evitar confusão entre os sintomas somáticos do pós-parto e os sintomas depressivos - até 3 meses deste período.

Há variação no que os autores consideram como período de maior prevalência da DPP. Alguns estudos mostram os 3 primeiros meses (MARKHUS et al., 2013; GAYNES et al., 2005), enquanto outros se referem ao segundo trimestre após o parto (LUCERO et al., 2012; CHAUDRON et al., 2010) como o mais prevalente. Também é alta a prevalência de depressão antes do parto e não surpreende que depressão pré-natal seja um forte fator de risco de depressão pós-parto (GAYNES et al., 2005; BANTI et al., 2011; MELO et al., 2012).

Contudo, existe uma grande variação nas taxas de prevalência observadas. Em um mesmo país, podem ser evidenciadas variações consideráveis nessas taxas, como é o caso da Índia que apresentou pesquisas que apontaram taxas que flutuavam de 6% (DUBEY, 2008) a 45% (DIVAKAR et al, 2008) ou do Brasil, com variação de 12% a 37% (LOBATO, 2011), o que, possivelmente, não pode ser explicado apenas pelas questões sócio culturais da população estudada, mas também pelas diferenças metodológicas utilizadas nos estudos.

2.3 ASPECTOS ETIOLÓGICOS

A depressão pós-parto segue o modelo etiológico multifatorial dos transtornos mentais. Como em outros transtornos psiquiátricos, não existe apenas uma causa envolvida na

etiologia do transtorno mental (DUBOVSKY; BUZAN, 1999). O modelo biopsicosocial é o que melhor explica a etiologia da DPP (ROSS et al., 2004), com marcantes alterações em todas essas esferas - biológica (STEINER; DUNN; BORN, 2003), psicológica (ROSS et al., 2004) e sociocultural (STERN; KRUCKMAN, 1983) - nesse período da vida da mulher, explicando as altas prevalências observadas.

Assim, dentre os possíveis fatores biológicos envolvidos na etiologia dos transtornos afetivos do pós-parto, vale citar a brusca mudança nos níveis dos hormônios reprodutivos que ocorrem após o parto (WISNER; PARRY; PIONTEK, 2002). Durante a gravidez, as concentrações plasmáticas de progesterona aumentam 10 a 18 vezes, enquanto certos estrogênios podem aumentar até 1000 vezes, com um retorno para perto de níveis pré-gravidez geralmente dentro das primeiras horas pós-parto (RUSSEL; DOUGLAS; INGRAM, 2001). Após a queda da taxa de estrogênio, a prolactina, que aumentou durante a gravidez, já não é bloqueada e o aleitamento é iniciado. A sucção da mama da mãe pelo bebê estimula a produção de oxitocina. Níveis plasmáticos de corticosteróides atingem um pico durante o trabalho de parto e diminuem significativamente dentro de 4 horas após o parto. A função tireoidiana retorna aos níveis pré-gestacional até aproximadamente 4 semanas após o parto (ROBINSON; STEWART, 2001).

Existe uma relação entre o histórico de sintomas pré-menstruais disfóricos e um maior risco de sintomas depressivos no pós-parto, isso pode acontecer devido a uma maior sensibilidade às alterações hormonais em qualquer época da vida e o pós-parto é um dos períodos de mudanças hormonais mais evidentes na vida da mulher (SYLVEN et al., 2013). Outra relação recentemente pesquisada é entre as associações dos genes com a DPP, como é o caso do estudo piloto que mostra relação com o gene receptor alfa de estrogênio ESR1, o qual interfere na modulação da sinalização serotoninérgica (PINSONNEAULT et al, 2013).

Também é nesse período que aparecem muitos extressores na vida da mulher, como mudanças de papéis, assunção de novas responsabilidades e alterações na rotina da família. Dentre estas alterações, a mudança no ritmo de sono tem um papel relevante como causa e efeito da DPP (OKUN et al., 2011).

2.4 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Existem consistentes fatores de risco para depressão pós-parto identificados na literatura

científica, que incluem: um histórico de depressão antes da gravidez, depressão ou ansiedade durante a gravidez, história familiar de depressão, eventos traumáticos e estressantes durante a gravidez ou no período pós-parto, complicações obstétricas, parto prematuro, baixos níveis de apoio social, discórdia conjugal, idade materna, história de abuso sexual, físico e emocional, relação conflituosa com a mãe e gravidez não desejada (KOZINSZKY et al., 2011; VESGA-LOPEZ, BLANCO, KEYES, 2008; BOYCE, HICKEY, 2005; LEE et al., 2004; EBERHARD-GRAN et al., 2002; OHARA, 1986; COX, CONNER, KENDEL, 1982). Também estão associados a baixa autoestima, fatores culturais, renda e paridade (MORAES, 2006; EVANS et al., 2005; POPE et al., 2000; RIGHETTI et al., 1998).

Estudos mostram que a DPP é altamente prevalente e associada a todas as formas de violência do parceiro, mas esta associação fica ainda mais clara nos casos de violência recente (CURY et al., 2013; DENNIS & VIGOD, 2013). A história obstétrica da mulher também está relacionada à DPP, como nos casos de infertilidade, ameaça de aborto, diabetes mellitus gestacional e cardiopatia, que aumentam significativamente o risco para desenvolvimento de DPP (BURGUT et al., 2013). Da mesma forma, fumar a qualquer momento durante a gravidez leva a um crescimento dos sintomas depressivos no pós-parto (RADA; EDMOND, 2012).

Em relação ao modo do parto, existem divergências na literatura científica. Dois estudos mostram aumento das chances de DPP no parto tipo cesárea em comparação ao parto normal (BERGANT et al., 1998; EDWARDS, PORTER, STEIN 1994) e, um outro estudo, mostrou aumento de DPP apenas em pacientes em parto cesárea primária, sem diferença não em cesárea secundária (RAUH et al., 2012). Contudo, uma meta-análise, incluindo 24 estudos, não encontrou significativa associação entre o parto cesárea e o desenvolvimento de DPP (CARTER; FRAMPTON; MULDER, 2006).

Outro fator de risco importante está relacionado ao local de moradia da pessoa. Um estudo do Canadá mostra que existe uma maior chance do desenvolvimento de DPP em áreas urbanas com grandes populações quando comparado às áreas rurais. Estudos como estes devem ser vistos com cautela, já que outros fatores como o status de imigração, a violência interpessoal, saúde autopercebida e apoio social, são responsáveis por grande parte desta variação (VIGOD et al., 2013).

Além disso, outro fator relevante está no cuidado com a relação entre nutrição e saúde mental. Os relatórios mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizam a

importância de peixes e frutos do mar em relação à saúde mental e gravidez (MARKHUS et al., 2013). Também evidenciados por estudos observacionais e ensaios clínicos que avaliaram o possível papel do consumo de ácidos graxos ômega-3 na etiologia da depressão pós-parto e sugerem uma associação entre baixos níveis de ômega-3, ácidos graxos marinhos e a ocorrência de depressão no pós-parto (JUDGE et al., 2011). Por conta disso, em uma comparação *cross-country*, Hibbeln encontrou uma forte associação inversa entre o consumo de peixe e prevalência de depressão pós-parto (HIBBELN, 2002).

Alguns fatores específicos podem estar relacionados à persistência da DPP até 12 meses após o parto: mulheres com gravidez indesejada (MERCIER et al., 2013), que tiveram poucos cuidados maternos durante a infância e/ou apego disfuncional caracterizado pela ansiedade das relações pessoais (McMAHON et al., 2005).

Já quanto à idade da mãe, verifica-se uma prevalência entre 16% e 44% nas adolescentes, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas, o que pode estar relacionado à falta de maturidade afetiva e de relacionamentos dessas pacientes, bem como ao fato de haver, em muitos casos, a necessidade de abandonar seus estudos em razão da maternidade (SZIGETHY; RUIZ, 2001).

Apesar dos riscos, fatores de proteção podem diminuir as possibilidades de desenvolvimento de uma DPP: o otimismo, elevada autoestima, boa relação conjugal, suporte social adequado, baixos níveis de estresse e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade (POPE et. al., 2000; YEHIA, CALLISTER, HAMDAN-MANSOUR, 2013). Além de, gravidez planejada e desejada, aliados a um senso de coerência no primeiro trimestre da gestação, são condicionantes relevantes para proporcionar baixas taxas de DPP (WEIDNER et al., 2013). Na gravidez, evidencia-se o afeto negativo como um preditor de depressão pós-parto, enquanto afeto positivo possui o papel protetor (BOS, 2013).

2.5 CONSEQUÊNCIAS

Depressão pós-parto não tratada pode ter efeitos nefastos a longo prazo. Para a mãe, o episódio pode ser o precursor de depressão recorrente crônica, com todos os agravantes relacionados à essa condição. Enquanto que, para os filhos, uma depressão contínua da mãe pode contribuir de forma significativa para problemas futuros emocionais, comportamentais, cognitivos e interpessoais (JACOBSEN, 1999).

As mães deprimidas são menos carinhosas e responsivas às necessidades infantis; mais

distraídas e menos centradas na criança; mais irritadas, impacientes, e hostis nesta relação; e têm pouca confiança na sua capacidade de ser mãe. Esses comportamentos podem ter um impacto negativo sobre a criança, incluindo apego inseguro, atraso no desenvolvimento cognitivo e motor, problemas de comportamento, retraimento e ansiedade (BOYD; ZAYAS; McKEE, 2006). Além disso, crianças de mães deprimidas reagem mais negativamente ao estresse, mostram atraso no desenvolvimento de estratégias de autorregulação, exibem um desempenho acadêmico pobre, menos competências sociais, níveis mais baixos de autoestima e níveis mais altos de problemas comportamentais (GOODMAN; GOTLIB, 1999). Algumas psicopatologias da infância e adolescência parecem estar relacionadas a DPP, como transtorno de ansiedade, ansiedade de separação, transtorno de conduta, transtorno opositivo desafiador, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (WALKER et al., 2013).

Existe sobreposição entre a DPP e a violência por parceiro íntimo em relação as consequências negativas sobre as crianças. Ambos estão associados com um pior vínculo mãe-filho, piores escores nas escalas de desenvolvimento, baixa imunização, maiores taxas de frequência aos serviços de emergência infantil, maiores taxas de futura depressão infantil, assim como casos de abuso e negligência contra a criança (KORNFELD et al., 2012).

Outra repercussão grave da depressão puerperal é a relação com maiores dificuldades para iniciar e manter a amamentação, com perda na confiança e menores taxas de autoeficácia para amamentar (ZUBARAN; FORESTI, 2013). Devido a importância que a amamentação tem na saúde física e emocional da criança nos primeiros meses de vida, esta repercussão é preocupante.

É pertinente a hipótese de que a depressão pré-natal e pós-natal tenham mecanismos diferentes na geração das repercussões sobre o desenvolvimento da criança. Enquanto no primeiro caso, a depressão materna pode envolver diretamente o feto através de alterações hormonais e bioquímicas (FIELD, 2010), na depressão pós-parto, estariam envolvidos principalmente os mecanismos ligados a interação materno-infantil, alterações comportamentais e alimentares (FIELD, 2010; KAREN et al., 2012).

2.6 TRATAMENTO

São variadas as formas de tratamento da DPP, dentre as principais incluem-se psicoterapia, psicoeducação, grupos de apoio e farmacoterapia. Opções de tratamento para pacientes dependem de múltiplos fatores, como disponibilidade, custo, conveniência,

influência da família e amigos, preferência do doente e gravidade da doença (PESSAGNO et al., 2013).

Tanto na gestação quanto na amamentação, o uso das medicações geram polêmicas e preocupações em relação aos seus efeitos na criança. Não existe um consenso a respeito disso, mas trabalhos mostram que as medicações estariam indicadas nos casos graves de depressão, preferencialmente associadas a outras modalidades de tratamento, enquanto as terapias psicoterápicas e psicossociais seriam as primeiras escolhas nos casos de depressões leves e moderadas (BLEDSOE; GROTEN, 2006; FITELSON et al., 2010). Nestes casos, as intervenções medicamentosas não apresentam diferenças significativas em relação intervenções não farmacológicas (SHARMA; SOMMERDYK, 2013). Dentre as intervenções psicoterápicas, destacam-se a terapia cognitivo comportamental e a terapia interpessoal individuais ou em grupos como as mais estudadas (GROTEN et al., 2012).

Estudos epidemiológicos e meta-análises de estudos de previsão têm consistentemente demonstrado a importância das variáveis psicossociais e psicológicas como fatores de risco de depressão pós-parto. Enquanto as intervenções baseadas nestas variáveis podem ser estratégias de tratamento eficazes, teoricamente, elas também podem ser usados durante a gravidez e no pós-parto precoce para prevenir a depressão pós-parto. Logo, intervenções globais, psicossociais e psicológicas podem reduzir significativamente o número de mulheres que desenvolvem depressão pós-parto. Intervenções promissoras neste sentido incluem a prestação de acolhimentos intensivos, visitas pós-parto em casa por profissionais indicados e o apoio dos pares por telefone e psicoterapia interpessoal (DENNIS; DOWSWELL, 2015).

Ainda não é consenso o papel das terapias hormonais na prevenção e tratamento da DPP. Dois estudos envolvendo 229 mulheres, mostraram que o uso de progestogênios sintéticos aumentaram o risco de desenvolvimento de DPP, enquanto terapias estrogênicas mostram uma melhora dos escores da DPP em relação ao placebo, porém com efeitos ainda modestos nos casos de DPP grave. Assim como, o papel da progesterona natural precisa ser melhor avaliado (DENNIS; ROSS; HERXHEIMER, 2015). Da mesma forma, ainda são necessários mais estudos que confirmem a eficácia de algumas suplementações alimentares na prevenção da DPP, mesmo que alguns estudos apontem neste caminho, como é o caso da suplementação do selênio durante a gestação (MOKHBER et al., 2011).

2.7 ASPECTOS NOSOLÓGICOS E METODOLÓGICOS

2.7.1 Instrumentos de triagem e avaliação

No que diz respeito aos instrumentos utilizados nas pesquisas para triagem, diagnóstico e avaliação da DPP, existe uma grande variedade nas recomendações sobre como e quando devem ser realizadas as triagens para detecção de DPP, e quais estratégias e instrumentos a serem utilizados. São usadas diversas escalas, questionários, entrevistas estruturadas e semiestruturadas, como por exemplo: *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EPDS) (COX, HOLDEN, SAGOVSKY, 1987; SANTOS et al., 2007; COSTA, PACHECO, FIGUEIREDO, 2007) e a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) (BECK; GABLE, 2000), direcionadas ao período do pós-parto. Enquanto que a escala de Beck (BDI) *Beck Depression Inventory* primeira edição (BDI-I) (BECK, 1961), segunda edição (BDI-II) (BECK; STEER; BROWN, 1996) e o módulo de humor da Entrevista Clínica Estruturada (SCID) para a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) ou sua versão reduzida *Mini Neuropsychiatric Interview* (Mini-Plus) foram projetados para detectar depressão em qualquer população (FIRST et al., 1996).

O Comitê sobre triagem para depressão durante e após a gravidez, desenvolvido pelo Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (2010), enumerou sete testes diferentes para triagem: Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), a Escala para Triagem de Depressão Pós-Parto (PDSS), o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), o Centro de Estudos Epidemiológicos - Escala de Depressão (CES-D), e a Escala de Depressão Autoaplicável Zung (Zung SDS), mas não fornece orientações específicas sobre qual deles poderia ser mais apropriado em um ambiente particular.

Até o início dos anos 90, a BDI era o instrumento mais utilizado por pesquisadores para a triagem da DPP (BECK, 1995), mas um grande limitador deste instrumento, e de todos os outros criados para detecção de depressão geral, é a inclusão de vários sintomas somáticos dentre os pesquisados. Neste ponto, torna-se difícil a distinção entre as reações fisiológicas normais do puerpério e os sintomas da DPP (WHIFFEN, 1988). Por conta disso, foram criados instrumentos específicos para a detecção de DPP:

1) Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS): dentre todos os instrumentos desenvolvidos para triar especificamente DPP, a EPDS (COX; HOLDEN; SAGOVSKY,

1987) é a escala mais comumente utilizada nas pesquisas. Ela foi desenvolvida para auxiliar os profissionais de saúde no rastreamento de amostras da comunidade de mães puérperas para sintomas depressivos após o parto (BOYD; LE; SOMBERG, 2005). A EPDS é um instrumento de auto-registro que contém 10 questões de sintomas comuns de depressão nos últimos 7 dias. Cada questão é graduada em uma escala de 0 a 3, e os escores totais podem variar de 0 a 30 (COX; ; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Os pontos de corte selecionados pelos autores da escala para as mulheres pós-parto é de 9/10 para uma possível depressão ou transtorno depressivo menor e de 12/13 para a depressão provável ou transtorno depressivo maior. Para estudos em mulheres grávidas, um ponto de corte de 14/15 é usado para uma depressão provável (GIBSON, et al., 2009).

A EPDS tem sido utilizada em mais de 20 países na identificação de PPD e seus sintomas, por apresentar um significativo nível de sensibilidade (86%) e especificidade (78%) e pela permissibilidade de uso isento de pagamento (HARVEY; PUN, 2007). Muitos pesquisadores questionam essa escala quando usada isoladamente para dar o diagnóstico de DPP, já que, mesmo sendo considerado um bom instrumento para triagem de DPP, não tem validação como instrumento diagnóstico (FIGUEIRA et al., 2009).

Dos 10 itens da EPDS, 7 se referem à depressão e 3, à ansiedade, o que torna possível a utilização por alguns pesquisadores de duas formas reduzidas desta escala, a EPDS-7 e a EPDS-3, esta última para avaliar sintomas ansiosos (VENKATESH et al., 2014).

2) A Escala para Triagem de Depressão Pós-parto (PDSS) é um instrumento desenvolvido para identificar a depressão menor e maior no período pós-parto. Sete domínios conceituais estão incluídos no PDSS: sono e distúrbios do apetite; ansiedade / insegurança; labilidade emocional; comprometimento cognitivo; perda da autoestima; culpa / vergonha e pensamentos suicidas. Cada dimensão é composta por cinco itens. Os sintomas até 2 semanas anteriores à aplicação da escala são medidos de acordo com a intensidade, com respostas em uma escala do tipo Likert de 1 (fortemente desacordo) a 5 (pleno acordo). A forma longa da PDSS tem uma possível pontuação total entre 35 e 175. A nota de corte sugerida pelos autores da escala para a presença de depressão menor é de 60, e para depressão maior é de 80 (BECK; GABLE, 2001a). A nota de corte de 80 tem uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 98% para depressão maior. Na nota de corte de 60, a sensibilidade é de 91% e especificidade de 72% para depressão maior e menor (BECK; GABLE, 2002).

Alguns autores consideram que o PDSS (BECK; GABLE, 2001b) seja um instrumento

mais abrangente do que o BDI-II ou o EPDS, uma vez que engloba uma ampla gama de sintomas experimentados pela mãe após o parto, incluindo ansiedade, irritabilidade e confusão (BECK; INDMAN, 2005). Existe a forma curta desta escala, como por exemplo a de sete itens, com escores variando de 7 a 35 pontos. Uma limitação deste instrumento consiste na exigência de pagamento para ter direito de usá-lo.

3) A *Pregnancy Risk Assessment Questions* (PRAMS-6) contém seis itens que são classificados em uma escala de Likert de 1 (nunca) a 5 (sempre). As respostas são pontuadas de acordo com a prevalência dos sintomas desde o nascimento do bebê. São três perguntas para depressão e 3 para ansiedade, tornando possível dividir esta escala em mais duas: PRAMS-3D e PRAMS-3A (DAVIS et al., 2013).

4) *Maternal Mood Screener* (MMS) é menos conhecido do que os demais, desenvolvido para avaliar episódios depressivos atuais e na vida, através de uma lista de verificação auto preenchida, a partir de critérios do DSM-IV (LE; MUNHOZ, 1998).

Outros instrumentos são utilizados para este fim, mas não são específicos para detectar depressão apenas no período da gestação ou do puerpério:

1) O Inventário de Depressão de Beck, segunda edição (BDI-II) (BECK; STEER; BROWN, 1996), questionário de auto-relato que avalia sintomas cognitivos, comportamentais, afetivos e somáticos da depressão, durante as duas semanas anteriores, o que corresponde mais de perto os critérios do DSM-IV para depressão maior. O BDI-II é composto por 21 itens pontuados em uma escala de 4 pontos que varia de 0 a 3. A nota de corte apresentada pelo autor do BDI-II é de 14, o que indica risco elevado de depressão clínica, sendo de 14 a 19, depressão leve; 20 a 28, depressão moderada; 29 a 63, depressão grave (BECK; STEER; BROWN, 1996).

2) O Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001) é uma medida confiável e validada de gravidade da depressão. Os participantes são convidados a marcar-se em 9 indicações baseadas em critérios para depressão DSM-IV (1994). As declarações são pontuados em uma escala de Likert que varia de 0 (não em todos) para 3 (quase todos os dias), produzindo uma pontuação máxima de 27 (1-4 depressão mínima, 5-9 depressão leve, 10-14 depressão moderada, 15-19 depressão moderadamente grave e 20 a 27 depressão severa). O PHQ-9 tem sido utilizado para avaliar a gravidade da depressão de mães no período pós-parto, em que uma pontuação igual ou maior a 10 é

considerada consistente com depressão pós-parto (PAWAR, WETZKER, GJERDINGEN, 2011; BAINES, WITTKOWSKI, 2013).

3) O Questionário de Saúde do Paciente-2 (PHQ-2) consiste na forma reduzida do PHQ-9 com as duas primeiras perguntas deste. As duas questões são em relação ao humor triste e anedonia. Pode ser usada na forma dicotômica sim/não, em que uma resposta positiva a qualquer item torna o resultado positivo. Como alternativa, as questões podem ser marcadas com uma escala do tipo Likert de 0 a 3, sendo 0 "nada" a 3 sendo "quase todos os dias" (CHAES et al., 2012).

4) O Questionário de Autorrelato-20 (SRQ-20), utilizado para avaliar a presença de transtornos mentais comuns. Foi desenvolvido em 1980 para o rastreio de depressão pós-parto em ambientes de cuidados de saúde primários (HARDING et al., 1980). É composto de 20 perguntas "sim-não", 4 de sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psico-emocionais. Na análise dos dados, um ponto é dado para cada resposta positiva e zero para cada resposta negativa. O ponto de corte no SRQ-20 foi fixado em 7/8, em que possíveis casos de transtornos mentais foram encontradas nas pontuações igual ou superior a oito (FACUNDES; LUDERMIR, 2005). Estudos evidenciam que o SRQ-20 tem boa capacidade de diagnóstico para depressão pós-parto se comparados com outros instrumentos projetados especificamente para este fim (POLLOCK; MANASEKI-HOLLAND; PATEL, 2006).

6) A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID) é uma entrevista padronizada para estabelecer os diagnósticos mais importantes dos Transtornos do Eixo I do DSM. É o método padrão ouro para caracterizar amostras de estudo em termos de diagnósticos psiquiátricos. Também considerado o método padrão ouro para pesquisar DPP, por ser o que mais se aproxima do diagnóstico clínico (FIRST et al., 1996). Também é muito utilizado em pesquisas a versão reduzida dele, Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (Mini-Plus) (SHEEHAN et al., 1998).

Apesar dessa notória variedade de métodos de triagem para DPP, não existe um consenso em relação a qual seria, de fato, o instrumento mais eficiente para tal. Alguns estudos não mostram diferenças estatísticas quando estes são comparados, EPDS, PDSS e BDI-II (CHALDRON et al., 2010) ou EPDS, PHQ-9 e a versão reduzida do PDSS (HANUSA et al., 2008). Entretanto, os pontos de corte utilizados em diferentes pesquisas pelo mundo apontam divergências daqueles preconizados pelos inventores desses instrumentos de triagem (CHALDRON et al., 2010). Essa é uma questão de fundamental importância, já que por um

lado pontos de cortes baixos com baixas especificidades podem levar a tratamentos desnecessários, enquanto que pontos de cortes altos e com baixas sensibilidades podem apresentar subdiagnósticos do transtorno.

Muitos outros instrumentos são utilizados nas pesquisas de DPP: como o *Leverson Questionnaire* (LQ)- 24 ítems (ELLIOTT et al., 2000), *General Health Questionnaire* (GHQ) -12 ítems e a versão completa dele, com 60 ítems (SHELTON; HERRICK, 2009), *Diagnostic Interview for Genetic Studies* (DIGS) (MAIA et al., 2011), *Zung Self-Rating Depression Scale* (ZSDS) (CHOI et al, 2013).

Não se pode confundir os instrumentos de triagem da depressão perinatal, com os instrumentos para verificação dos fatores de risco para este transtorno, já que o objetivo não está na aferição sintomatológica da DPP, mas sim na quantificação dos fatores de risco relacionados. Como exemplo, o *Postpartum Depression Predictors Inventory - Revised* (PDPI-R), no qual os fatores de risco incluem: estado civil, baixo nível socioeconômico, baixa autoestima, depressão pré-natal, a ansiedade pré-natal, gravidez indesejada / não planejada, história de depressão anterior, falta de suporte social, insatisfação conjugal, estresse na vida, estresse na assistência à infância, temperamento infantil e blues puerperal. Quanto maior a pontuação, mais fatores de risco para PPD um sujeito tem (BECK; RECORDS; RICE, 2006). Este instrumento é o único que aparece nas meta-análises mostrando eficácia na aferição dos fatores de risco (IKEDA; KAMIBEPPU, 2013).

2.7.2 Tempo

Embora existam diversas ferramentas de triagem para DPP, ainda não é possível se estabelecer o momento ideal para triagem e a aplicabilidade às populações multiculturais. Não é só nas pesquisas que não existe consenso, mas também na prática clínica que não está estabelecido qual o melhor ou melhores momentos para triagem e até quando esse tipo de transtorno deve ser investigado.

No que se refere ao tempo de início da DPP em relação ao momento do parto, existe uma contradição entre o que é descrito nos manuais diagnósticos com as pesquisas. O DSM considera até 4 semanas e a Classificação Internacional das Doenças (CID) até 6 semanas, enquanto que as pesquisas mostram tempos variáveis desde antes do parto até após 1 ano deste período. Como exemplo disso temos estudos que relacionam a DPP até 3 meses após o parto (KENDELL; CHALMERS; PLATZ, 1987), 6 meses após o parto (RUSCHI et al.,

2007), 12 meses após o parto (MILLER,2002; STUART et al., 1998) e depois de um ano deste período (CHAUDRON et al., 2010).

Alguns estudos mostram altas prevalências de DPP no puerpério tardio, com pesquisas relacionando este transtorno com episódios até dois anos após o parto, como no estudo de Lucero que mostra a maior prevalência entre 3 e 6 meses do puerpério. Este mesmo estudo não identifica diferenças estatísticas entre os sintomas experimentados pelas mulheres entre 2 e 48 semanas do pós-parto (LUCERO et al., 2012). Um outro estudo que avaliou mães nos 5 primeiros meses após o parto, encontrou um pico de prevalência ao redor do terceiro mês de puerpério (LOBATO et al., 2011). Resultado parecido com outro estudo que comparou puérperas 72 horas após o parto com as de 3 meses deste período, onde a prevalência passou de 11% para 16,7% e também identificou que 13% das mulheres consideradas saudáveis neste primeiro momento, desenvolveram DPP após 3 meses do parto (ELISEI et al., 2013).

Ainda em relação ao início da DPP, sabe-se que um dos principais fatores de risco são os transtornos depressivos ou ansiosos durante a gestação, logo, uma questão importante a ser respondida: existe diferença entre a depressão que se inicia durante a gestação e aquela que se inicia depois do parto? No DSM-5 o termo pós-parto, mudou para periparto, evidenciando uma tendência a considerar a depressão com início no final da gestação dentro do espectro da DPP.

Uma outra questão relevante é que muitas pesquisas não fazem as triagens ou diagnósticos antes de duas semanas do puerpério, para com isso não confundir os sintomas normais deste período com aumentos de escores para DPP, principalmente quando são utilizados instrumentos de triagem ou diagnóstico não específicos para este período.

2.7.3 Evolução do diagnóstico nos manuais: DSM E CID

Apesar de ser hoje um diagnóstico bastante conhecido na prática clínica pela sua importância, a depressão pós-parto, assim como outros transtornos psiquiátricos deste período, não têm uma classificação própria nos dois principais manuais de classificação das doenças usados em psiquiatria, Classificação Internacional das Doenças (CID), que hoje está na décima edição (CID-10), publicado pela Organização Mundial de Saúde em 1993 e o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Distúrbios Mentais (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana e já possui a quinta edição (DSM-5).

Só em 1994, no DSM-IV, foi introduzido o especificador com início no pós-parto, para as mulheres que preenchiam os critérios diagnóstico do Distúrbio de Depressão Maior, com início neste período da vida. O especificador com início no pós-parto é definido como até 4 semanas do nascimento do filho e não houve alteração na revisão desta edição, no DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

No DSM-5, houve uma mudança no termo do especificador, passou a ser com início no peri-parto e não mais no pós-parto, incluindo, desta forma, os casos de Depressão Maior com início já na gravidez, mas não foi estendido o período de início além das 4 semanas após o nascimento.

Já o CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) classifica a Depressão Pós-Parto ou qualquer outro transtorno psiquiátrico desta época como desordem comportamental e mental associada ao puerpério (F53), sem fazer distinção entre os diversos transtornos. Também precisa ter início dentro de seis semanas após o parto e não sendo possível atender aos critérios diagnósticos associados à outra categoria. O CID-10 ainda inclui como terminologia da DPP tanto a depressão pós-natal quanto a depressão pós-parto.

Apesar de a mudança de nome para periparto no DSM-5 ser considerada como um avanço, englobando aqueles casos de depressão que começam no período pré-natal, pesquisadores e estudiosos sobre DPP questionam o curto espaço de tempo considerado nos manuais diagnósticos, muito diferente do que já está bem estabelecido na prática profissional e também nas pesquisas científicas sobre o tema (COX, 2004). Um grupo grande de pesquisadores sobre o tema defende a ampliação do tempo para a próxima revisão do DSM-5 (O'HARA; McCABE, 2013), para que os manuais diagnósticos possam refletir o que já vem sendo observado nas pesquisas e na prática clínica.

Assim, constata-se importantes divergências conceituais e diagnósticas da DPP, que podem estar relacionadas à grande variedade de metodologias utilizadas nas pesquisas sobre o tema e que provocam dificuldades de diagnosticar, prevenir e tratar adequadamente essa enfermidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Revisar os parâmetros metodológicos utilizados para realização dos artigos científicos sobre depressão pós-parto, no que se refere ao tempo e aos instrumentos de pesquisa para realização de triagens, diagnósticos e avaliações da DPP.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar quais instrumentos foram utilizados na triagem, no diagnóstico e na avaliação da DPP, como escalas, questionários e entrevistas e seus pontos de corte.
- Verificar o período de tempo apontado pelos autores para caracterização de DPP.
- Descrever os principais objetivos de cada artigo: fator de risco, fator de proteção e etiologia; prevalência; diagnóstico e triagem; validação de instrumento; tratamento e prevenção; consequência e prognóstico.
- Discriminar os tipos de estudos utilizados nas pesquisas: transversal, coorte, caso controle, validação, epidemiológico ou ensaio clínico.
- Detectar o tamanho da população dos estudos.
- Descrever as tendências dos estudos quanto ao objetivo, ao local de produção e ao local de publicação dos estudos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada em três bancos de dados: PubMed/MEDLINE¹, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)² e Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS)³, tendo como pesquisador principal o autor, mestrando do programa de pós-graduação do departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco.

Este estudo corresponde a uma revisão sistemática descritiva sobre depressão pós-parto. O modelo de revisão sistemática *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) foi utilizado como parâmetro metodológico. Foi criado um protocolo metodológico no início da pesquisa e utilizado dois revisores para comparar o nível de concordância entre eles. O primeiro revisor, Gustavo Paranhos Moraes, é mestrando da pós-graduação em neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco. O segundo revisor, Gabriela Arruda Pontes também é mestranda da mesma instituição e faz parte do mesmo grupo de pesquisa em saúde mental da mulher, presidido pelo Professor Doutor Amauri Cantilino. Ambos foram treinados e calibrados para minimizar possíveis vieses na busca por artigos científicos. O resultado da busca dos artigos dos dois revisores foi submetido ao teste estatístico Kappa, para analisar o nível de concordância entre elas. Os artigos discordantes, quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram reavaliados conjuntamente pelos pesquisadores de modo a convergirem.

Os descritores utilizados no título dos artigos foram: "*postpartum depression*", "*postnatal depression*", "*perinatal depression*" e "*puerperal depression*" e mais um dos seguintes descritores no título ou no resumo dos artigos: "*screening*", "*diagnosis*", "*diagnostic*", "*evaluation*", "*interview*", "*questionnaire*", "*scale*", "*score*", "*cut-off*" e "*time*".

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos originais publicados em língua inglesa; nos últimos 5 anos até 30 de junho de 2014; em humanos do sexo feminino; que apresentem, no título ou resumo do artigo, pelo menos um dos dados referentes aos instrumentos de pesquisa para realização de triagens, diagnósticos e avaliações da DPP e o tempo relacionado ao diagnóstico ou triagem.

¹ Disponível em: < <http://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html>>. Acesso em: 30/06/2014

² Disponível em: < <http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em: 30/06/2014

³ Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 30/06/2014

Foram excluídos os artigos que não eram originais, os artigos de revisão (com exceção de meta-análises), relatos de casos e aqueles que não apresentaram qualquer um dos dados relevantes para a pesquisa.

Os artigos completos, dos que foram incluídos nesta pesquisa, foram solicitados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (portal CAPES), pelo Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT) ou solicitado diretamente ao autor do artigo e foram lidos na íntegra. A partir daí, foram coletados os dados e registrados nas tabelas.

Foi criada uma tabela, na qual foram adicionados à coluna vertical os autores dos artigos incluídos na pesquisa e à coluna horizontal, as variáveis a serem analisadas, conforme exposto abaixo:

- 1- Ano de publicação
- 2- Local da publicação
- 3- Local da realização da pesquisa
- 4- Especialidade relacionada ao meio de publicação
- 5- Instrumentos utilizados para diagnóstico, triagem ou avaliação e seus escores
- 6- Instrumento principal
- 7- Tempo da utilização dos instrumentos
- 8- Último momento registrado
- 9- Melhor período para utilização do instrumento de pesquisa, avaliado pela maior taxa de casos de DPP
- 10- Objetivo principal da pesquisa
- 11- O desenho do estudo
- 12- O tamanho da população
- 13- Limitações e comentários sobre cada estudo

5 ETAPAS DO PROJETO

A seguir um quadro explicativo, mostrando as etapas seguidas durante o projeto de pesquisa, desde a busca dos dados até a discussão dos resultados finais.

Quadro 1- Etapas do projeto de pesquisa

ETAPA 1	• Elaboração de uma tabela, para registro dos dados pesquisados nos artigos que preencheram os critérios de inclusão.
ETAPA 2	• Revisão de todos artigos que preencherem os critérios de inclusão e elaboração de uma lista com os artigos excluídos.
ETAPA 3	• Coleta de dados de todos os artigos que preencheram os critérios de inclusão e preenchimento da tabela.
ETAPA 4	• Análise dos dados em relação a quantidade e frequência.
ETAPA 5	• Elaboração de gráficos com os resultados.
ETAPA 6	• Discussão dos resultados, principalmente no que se refere aos métodos de triagem e diagnóstico, bem como em relação ao tempo e proposição de uma uniformização desses parâmetros.

6 RESULTADOS

Esta pesquisa encontrou um total de 2057 artigos na primeira busca dos bancos de dados do PubMed, SciELO e LILACS, com os seguintes descritores no título dos artigos: "*postpartum depression*", "*postnatal depression*", "*perinatal depression*" e "*puerperal depression*". Desse total, buscou-se os artigos que apresentavam um dos seguintes descritores: "*screening*", "*diagnosis*", "*diagnostic*", "*evaluation*", "*interview*", "*questionnaires*", "*scale*", "*score*", "*cut-off*" e "*time*", no título ou resumo perfazendo 722 artigos.

Esses 722 artigos foram filtrados nos bancos de dados, conforme os critérios de inclusão: estudos em humanos do sexo feminino, nos últimos 5 anos até 30 de junho de 2014, restando 372 artigos. Após excluir 16 artigos duplicados, restou um total de 356 que tiveram seus resumos lidos por dois revisores e excluídos aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão para o estudo. O teste Kappa foi utilizado para avaliar o grau de concordância entre os revisores, com resultado do Kappa geral igual a 0.72, com $P < 0.001$ e intervalo de confiança de 95% maior que 0.616 e menor que 0.824, conforme ilustração 1. Considerado um nível de concordância substancial conforme anexo 1.

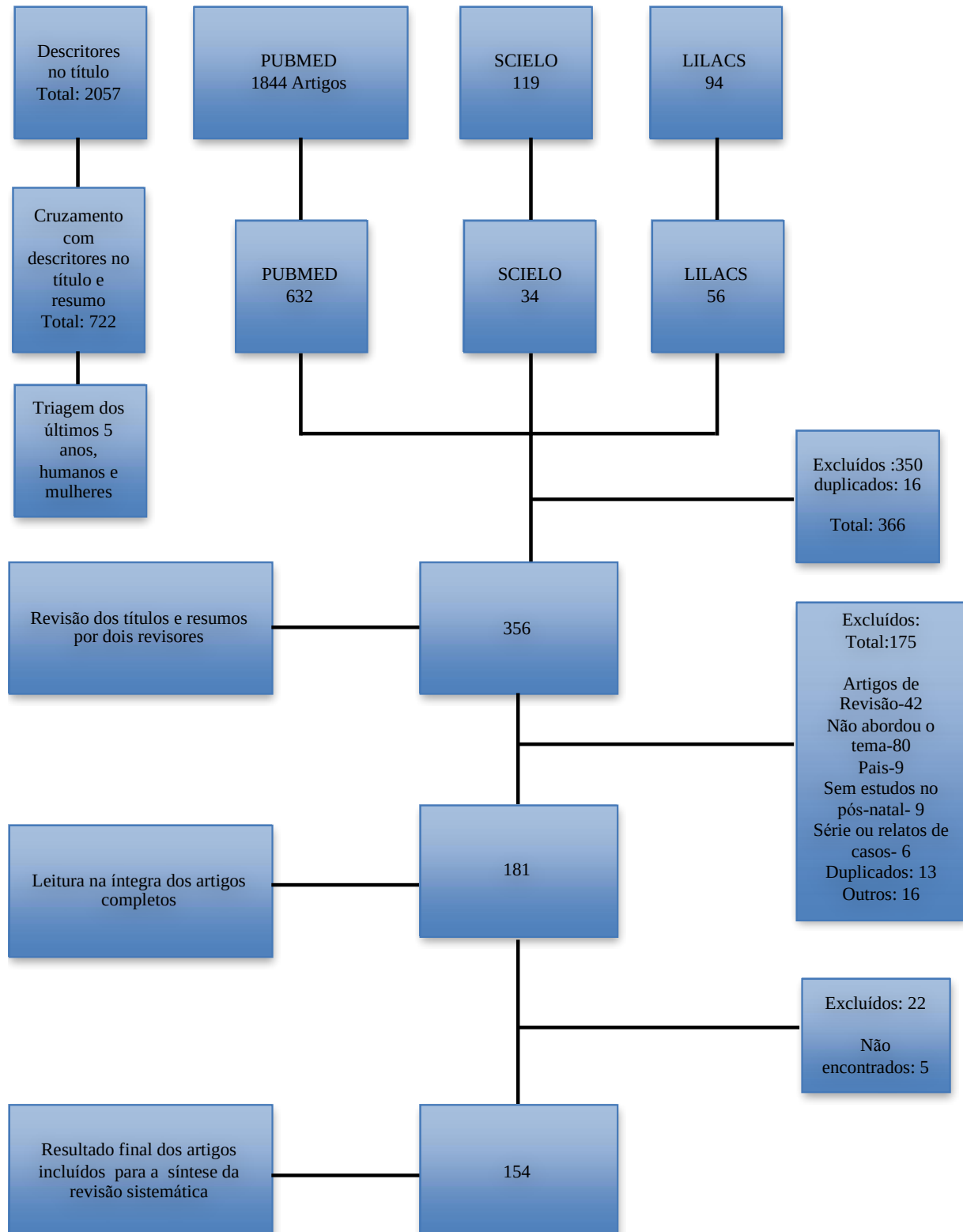
Tabela 1- Resultado Kappa Geral

Kappa geral	0.72
P-valor geral	< 0.001
Intervalo de 95% de confiança do Kappa	sup: 0.824 inf: 0.616

Fonte: (LEE, 2015)

Após se chegar a um consenso entre os dois revisores em relação aos artigos discordantes, um total de 181 artigos preencheram os critérios de inclusão e os demais 175 artigos foram excluídos, conforme organograma apresentado na figura 1

Figura 1– Organograma da busca de dados



Fonte: (MORAES, 2015)

Dos 184 artigos, apenas 5 não foram recuperados em sua forma completa, todos os outros foram lidos na íntegra para a busca dos dados. Durante a leitura completa dos artigos, ficou constatado que 22 deles não se enquadravam nos critérios de inclusão relacionados ao objetivo da pesquisa e igualmente foram excluídos. Desses, 19 fogem ao tema, 1 refere-se apenas ao período gestacional e 2 não apresentam metodologias adequadas. As referências bibliográficas destes artigos excluídos estão no Apêndice A.

Finalmente, foi elaborada uma tabela com os 154 artigos finais que preencheram todos os critérios de inclusão e suas referências bibliográficas estão no Apêndice B.

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
VENKATESH, K. K. <i>et al.</i>	2014	PEDIATRICS	Pediatria	USA	EPDS >ou=9 , EPDS-7 >ou =7, and EPDS-2 e SCID	EPDS	6 sem, 3 e 6 meses	6 meses	3 meses	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Ensaio Controlado Randomizado	106
HOU, Y. <i>et al.</i>	2014	Rev. Bras. Psiquiatr.	Psiquiatria	China	EPDS >OU= 13 e SCID	EPDS	42 dias	42 dias	42 dias	Tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	1713
HUSAIN , N. <i>et al.</i>	2014	JOURNAL OF TROPICAL PEDIATRICS	Pediatria	Paquistão	EPDS 14, SRQ-11 E CIS-R	SRQ	0 A 36 meses pp	36 meses	Não cabe	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	601
ANGELO, R.O.	2014	Trends Psychiatry Psychother.	Psiquiatria	Brasil	EPDS >OU= 13	EPDS	2 a 30 sem	30 sem	até 30 dias	Fator de risco	Estudo Transversal	80
STOCK, A. <i>et al.</i>	2014	BMJ	Medicina Geral	Austrália	EPDS >OU= 13	EPDS	2 sem a 6 meses	6 meses	6 sem a 6 meses	prevalência e fator de risco	Estudo de Coorte	200
HISCOCK, H. <i>et al.</i>	2014	PEDIATRICS	Pediatria	Austrália	EPDS >ou = 10	EPDS	até 4 meses e 6 meses pp	6 meses	Não cabe	tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	780
BURGUT, F. T. <i>et al.</i>	2013	J Psychosom Obstet Gynaecol,	Gineco-obstetrícia psicossomática	Catar	EPDS> ou =12	EPDS	até 6 meses PP	6 meses	Ñ esp	Fator de risco	Estudo Transversal	1379
DAVIS, K. <i>et al.</i>	2013	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	USA	PHQ-9 >ou=10, PRAMS 6 >ou=15, SCID, HRSD-17 >ou =15	PHQ-9 e Prams 6	até 12 meses	12 meses	Ñ esp	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	1392

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
PETROZZI, A.; GAGLIARDI, L.	2013	J. Perinat. Med.	Pediatria	Itália	EPDS >ou=10	EPDS	2 dias e 3 meses	3 meses	2 dias	Avaliar instrumento	Estudo de Coorte	594
GOSHTASEBI, A.; ALIZADEH, M.; GANDEVANI, S. B.	2013	J HEALTH POPUL NUTR	Nutrição	Irã	EPDS >OU= 13	EPDS	4 A 6 sem pp	6 sem	4 a 6 sem	FATOR DE RISCO	Ensaio Controlado Randomizado	254
PINSONNEAULT, J. K. <i>et al.</i>	2013	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	USA	SCID, MINI, MADRS e EPDS >ou=20	EPDS	até 12 sem pp	12 sem	Ñ esp	Etiologia/fator de risco	Estudo de Coorte	257
ZACONETA, A. A. M. <i>et al.</i>	2013	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Gineco-obstetria	Brasil	EPDS >OU= 13	EPDS	37 a 42 sem gest e 4 a 8 sem pp	8 sem	4 a 8 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	107
LARA, M. A. <i>et al.</i>	2013	Journal of Transcultural Nursing	Enfermagem	México	PDSS, BDI-II E SCID	PDSS	6 SEM E 4-6 MES PP	6 meses	similar	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	136
DEWING, S. <i>et al.</i>	2013	J Affect Disord. /NIH Public Access	Psiquiatria	África do Sul	EPDS >OU= 13	EPDS	3 meses pp	3 meses	3 meses	Consequência/Fator de risco	Estudo de Coorte	249
FARR, S. L. <i>et al.</i>	2013	Paediatric and Perinatal Epidemiology	Pediatria	USA	CID-9-CM	CID-9	gest e até 1 ano PP	1 ano	até 1 ano	Consequência	Estudo de Regressão Log-linear Multivariada	20090
ROGERS, C. E. <i>et al.</i>	2013	J Perinatol.	Pediatria	USA	EPDS >OU= 13	EPDS	3 DIAS A 3 ANOS PP	3 anos	SEM ESTE DADO	FATOR DE RISCO	Estudo de Coorte	73

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
BAINES, T.; WITTKOWSKI, A.; WIECK, A.	2013	Midwifery	Enfermagem	UK	EPDS>ou=10 e PHQ-9	EPDS	4 meses	4 meses	4 meses	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo longitudinal correlacional	43
BOS, S. C. <i>et al.</i>	2013	Revista Brasileira de Psiquiatria	Psiquiatria	Portugal	BDI-II,DIGS	BDI-II	terc trim gest e 3 meses pp	3 meses	Ñ esp	fator de risco/proteção	Estudo caso-control	272
MARKHUS, M. W. <i>et al.</i>	2013	Plos one	Ciências da Saúde	Noruega	EPDS >ou = 10	EPDS	28 sem ap e 3,6 e 12 meses pp	12 meses	3 meses	fator de risco	Estudo de Coorte	128
IKEDA, M.; KAMIBEPPU, K.	2013	BMC Pregnancy and Childbirth.	Gineco-obstetrícia	Japão	PDPI-R e MINI	PDPI-R	Oitavo mês gest e 1 mês pp	1 mês	1 mês	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Coorte	84
O'HIGGINS, M. <i>et al.</i>	2013	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	UK	EPDS >ou=13	EPDS	4 sem	4 sem	4 sem	Consequência	Estudo de Coorte	2048
ELISEI, S.	2013	Psychiatria Danubina	Psiquiatria	Itália	EPDS >ou=13	EPDS	terc. Trim. Gest., 72 hs pp e 3 meses pp	3 meses	3 meses	prevalência e fator de risco/proteção		85
PANYAYONG, B.	2013	J Med Assoc Thai	Medicina Geral	Tailândia	EPDS >OU= 13	EPDS	6 a 8 sem pp	8 sem	6 a 8 sem	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	1731

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
MORAIS, M. L. S.; LUCCI, T. K. ; OTTA, E.	2013	Estud. psicol. (Campinas)	Psicologia	Brasil	EPDS >ou =12	EPDS	4, 8 e 12 meses pp	12 meses	4 meses	Prevalência e consequência	Estudo de Coorte	241
CHOI, H. <i>et al.</i>	2013	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Japão	ZSDS>ou=50	ZSDS	3 a 12 meses e 18 a 28 meses	28 meses	similar	Consequência	Estudo Descritivo	262
MERCIER, R. J. <i>et al.</i>	2013	BJOG	Gineco-obstetrícia	USA	EPDS >OU=13	EPDS	3 e 12 meses	12 meses	3 meses	fator de risco	Estudo de Coorte	688
YEHIA, D. B.; CALLISTER, L. C.; HANDAM-MANSOUR, A.	2013	J Perinat Neonat Nurs	Enfermagem	Jordânia	EPDS >ou = 10	EPDS	?	?	?	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	300
VIGOD, S. N. <i>et al.</i>	2013	CMAJ	Medicina Geral	Canadá	EPDS >OU=13	EPDS	até 1 ano pp	1 ano	Ñ esp	Fator de risco	Estudo Transversal	6126
WALKER, M. J. <i>et al.</i>	2013	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	Canadá	DSM-IV-TR e CES-D	DSM-IV-TR	até 1 ano	12 meses	Ñ esp	Consequências	Estudo caso-controle	? Não diz
PEREIRA, A. T. <i>et al.</i>	2013	Arch Womens Ment Health	Psiquiatria	Portugal	PDSS, BDI-II e DIGS, PDSS-7,-21PPe-24G	PDSS	terc trim gest e 3 meses pp	3 meses	Ñ esp	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação/ Estudo de Coorte	894
FAISAL-CURY, A. <i>at al.</i>	2013	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	Brasil	SQR-20 >ou=8	SQR	entre 20 e 30 sem pp	30 sem	sem dados	Fator de risco	Estudo Transversal	701
ZUBARAN, C.; FORESTI, K.	2013	Sexual & Reproductive Healthcare	Medicina Reprodutiva	Brasil	EPDS >OU=13 e PDSS>80	EPDS e PDSS	entre 2 e 12 sem PP	12 sem	sem dados	Consequências	Estudo Transversal	89

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
MELTZER-BRODY, S. <i>et al.</i>	2013	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Holanda	EPDS >ou =12	EPDS	até 4 sem, 4 a 12 sem e 3 a 6 meses pp	6 meses	até 4 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	682
DENNIS, C. L.; VIGOD, S.	2013	Violence Against Women	Saúde da Mulher	Canadá	EPDS >ou = 10	EPDS	8 sem	8 sem	8 sem	Fator de risco	Estudo caso-controle	497
TANDON, S. D. <i>et al</i>	2012	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	USA	SCID, CES-D >ou =14, EPDS >ou =11, BDI-II >ou =21	CES-D, EPDS e BDI-II	Gestação e até 6 meses pp	6 meses	Ñ esp	Diagnóstico e triagem		95
FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R.	2012	Rev. Bras. Psiquiatr.	Psiquiatria	Brasil	SRQ-20 >ou=8	SRQ-20	20 a 30 sem gest e até 18 meses pp	18 meses	Ñ esp	Fator de risco	Estudo de Coorte	831
SIU, B. W. <i>et al.</i>	2012	BMC Psychiatry	Psiquiatria	China	EPDS>OU = 10, SCID-I, BDI	SCID-I	TERCEIRO TRIM AP E 2 MESES PP	2 meses	2 meses	FATOR DE RISCO	Estudo de Coorte	805
O'HARA, M. W. <i>et al.</i>	2012	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	USA	EPDS >ou=13, BDI, IDAS-GD e SCID	EPDS	1 a 56 sem pp	56 sem	Não cabe	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO		1077
CHAE, S. Y. <i>et. al.</i>	2012	FAMILY MEDICINE	Medicina de Família	USA	PHQ-2 e EPDS >ou=13	PHQ-2	até 6 sem, 4 e 6 meses	6 meses	Ñ esp	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	200
HOOLBROOK, A.; KALTENBACH, K.	2012	The American Journal of Drug and Alcohol Abuse	Saúde Mental	USA	PDSS >ou =80 e BDI-IA >ou =19	PDSS	gestação(5 e 39 sem) e 6 sem pp	6 sem	Ñ esp	FATOR DE RISCO	Estudo Logitudinal Retrospectivo	125
RAUH, C. <i>et al.</i>	2012	Arch Gynecol Obstet	Gineco-obstetrícia	Alemanha	EPDS	EPDS	TERC TRIM AP, 2 A 3 DIAS PP E 6-8 MESES PP	8 meses	6 meses	FATOR DE RISCO	Estudo de Coorte	753

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
LaCOURSIERE, D. Y.; HIRST, K. P.; BARRET-CONNOR, E.	2012	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	USA	EPDS >ou =12	EPDS	6 a 8 sem pp	8 sem	6 a 8 sem	Fator de risco	Estudo Transversal	1038
MANN, R.; ADAMSON, J.; GILBODY, S. M.	2012	CMAJ	Medicina Geral	UK	two case-finding questions (DSM-IV)	two case-finding questions	26 A 28 SEM GEST E 5 A 13 SEM PP	13 sem		TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo de Coorte	152
CHIEN, L. Y.; TAI, C. J.; YEH, M. C.	2012	Nursing Research	Enfermagem	Tailândia	EPDS>ou =10 e EDPS >ou =13	EPDS	até 1 ano pp	12 meses	6 a 7 meses	Fator de risco	Estudo Transversal	253
MAO, H. J. <i>et al.</i>	2012	Perspectives in Psychiatric Care	Psiquiatria	China	PHQ-9>ou=10, EPDS>ou=11 e SCID	EPDS e SCID	6 sem pp	6 sem	6 sem	Prevenção	Ensaio Controlado Randomizado	240
NGAI, F. W.; CHAN, S. W.	2012	Nursing Research	Enfermagem	China	EPDS >ou = 10	EPDS	gestação, 6 sem a 6 meses pp	6 meses	6 sem	Prevenção	Ensaio Controlado Randomizado	170
ERTEL, K. A. <i>et al.</i>	2012	Journal of Clinical Epidemiology	Saúde Pública	Holanda	Brief Symptom Inventory (BSI) >0.75	Brief Symptom Inventory (BSI)	20 sem AP e 2 e 6 meses pp	6 meses	6 meses	Consequência	Estudo de Coorte	7893
ARMONY-SIVAN, R. <i>et al.</i>	2012	Journal of Pregnancy	Gineco-obstetrícia	China	EPDS >ou = 10	EPDS	24-48 hs e 6 sem	6 sem	similar	fator de risco	Ensaio Controlado Randomizado	567
MILLER, L. J. <i>et al.</i>	2012	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	USA	PHQ-9 >ou=10	PHQ-9	Gest e 3 a 8 sem pp	8 sem	Não cabe	Tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	400
ALL DALLAL, F. H.; GRANT, I. N.	2012	Eastern mediterranean Health Journal	Ciências da Saúde	Bahrein	EPDS >ou =12	EPDS	8 sem	8 sem	8 sem	prevalência e fator de risco	Estudo Descritivo	237

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
KORNFELD, B. D. <i>et al.</i>	2012	THE JOURNAL OF PEDIATRICS	Pediatria	USA	two case-finding questions (DSM-IV)	two case-finding questions	Nascimento, 2, 4 e 6 meses	6 meses	4 meses	fator de risco	Estudo Descritivo	173
SYLVEN, S. M. <i>et al.</i>	2012	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	Gineco-obstetrícia	Suécia	EPDS >ou =12	EPDS	5 dias, 6 sem e 6 meses	6 meses	5 dias e 6 sem	fator de risco	Estudo de Coorte de Base Populacional	2318
DAGHER, R. K.; SHENASSA, E. D.	2012	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	USA	EPDS	EPDS	8 sem	8 sem	8 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	662
LUCERO, M. B. <i>et al.</i>	2012	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Enfermagem	USA	PDSS >ou= 60	PDSS	2 sem a 12 meses	12 meses	13 a 24 sem	prevalência	Estudo Transversal	116
SERHAN, N. <i>et al.</i>	2012	Journal of Clinical Nursing	Enfermagem	Turquia	EPDS >OU= 13	EPDS	2 a 6 meses	6 meses	Ñ esp	prevalência	Estudo caso-control	110
ZHANG, Y. <i>et al.</i>	2012	International Journal of Gynecology and Obstetrics	Gineco-obstetrícia	China	EPDS >OU= 13	EPDS	30 a 42 dias pp	42 dias	30 a 42 dias	Fator de risco	Estudo Transversal	215
KIM, H. G. <i>et al.</i>	2012	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	USA	EPDS >ou=10 e >ou=12	EPDS	7 a 10 dias pp	10 dias	7 a 10 dias	TRIAGEM	Estudo caso-control	324
AHMED, H. M.; ALAF, S. K.; AL-TAWIL, N. G.	2012	Arch Gynecol Obstet	Gineco-obstetrícia	Iraque	EPDS >ou = 10	EPDS	6-8 sem pp	8 sem	Ñ esp	Prevalência	Estudo Transversal	1000

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
SILVA, R. <i>et al.</i>	2012	Rev. Bras. Psiquiatr.	Psiquiatria	Brasil	EPDS >OU= 13	EPDS	gestação e entre 1 e 2 mesespp	2 meses	gestação	prevalência e fator de risco	Estudo de Coorte	1019
DENNIS, C. L. <i>et al.</i>	2012	Trials Journal	Ciências da Saúde	Canadá	EPDS >OU= 13 e SCID	EPDS	2 a 24 sem pp	24 sem	Ñ esp	Tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	240
MELO JR., E. F. <i>et al.</i>	2012	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Brasil	EPDS >ou =12	EPDS	terc trim gest, 4 e 6 sem pp	6 sem	gestação	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	555
MAIA, B. R. <i>et al.</i>	2012	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Portugal	BDI-II e DIGS	BDI-II	Gest e até 3 meses pp	3 meses	Ñ esp	Diagnóstico	Estudo longitudinal correlacional	386
CURŽIK, D.; BEGIC, N. J.	2012	Psychiatry Danubina	Psiquiatria	Croácia	BDI-II >ou=14	BDI-II	entre 37 e 40 sem gestação e 2 meses pp	2 meses	gestação	Diagnóstico		46
YAWN, B. P. <i>et al.</i>	2012	ANNALS OF FAMILY MEDICINE	Medicina de Família	USA	EPDS >ou = 10, PHQ >ou=10	EPDS e PHQ-9	5 a 12 sem pp	12 sem	5 a 12 sem	Tratamento e prevenção	Estudo de Eficácia Baseado na Prática	1897
EKEROMA, A. J. <i>at al.</i>	2012	THE NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL	Medicina Geral	Nova Zelândia	EPDS >ou = 10 e >ou=11, CIDI	EPDS	4 a 7 sem pp	7 sem	Ñ esp	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação/ Estudo de Coorte	170
BUDHATHOKI, N. <i>et. al.</i>	2012	J Nepal Health Res Counc	Ciências da Saúde	Nepal	EPDS >OU= 13	EPDS	6 e 10 sem pp	10 sem	10 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	72

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
APTER, G. <i>et al.</i>	2012	Journal of Personality Disorders	Psiquiatria/ Psicologia	França	MADRS >ou= 15	MADRS	12 sem pp	12 sem	12 sem	fator de risco e diagnóstico	Estudo caso-controlado	109
LEAH-WARREN, P.; McCARTHY, G.; CORCORAN, P.	2011	Journal of Clinical Nursing	Enfermagem	Irlanda	EPDS >ou =12	EPDS	6 sem pp	6 sem	6 sem	Fator de risco	Estudo longitudinal correlacional	410
ALBACAR, G. <i>et al.</i>	2011	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Espanha	EPDS >ou = 10 e DIGS	EPDS	48 hs, 8 e 32 sem pp	32 sem	48 hs	Fator de risco/ Etiologia	Estudo de Coorte	729
COELHO, H. F. <i>et al.</i>	2011	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	UK	EPDS >OU= 13	EPDS	10 a 14 dias, 10 a 12 sem, 10, 14 e 24 meses pp	24 meses	Ñ esp	Fator de risco	Estudo caso-controlado	246
XIE, R. H. <i>et al.</i>	2011	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	China	EPDS >OU= 13	EPDS	2 sem pp	2 sem	2 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	534
LI, L. <i>et al.</i>	2011	Nursing Research	Enfermagem	China	PDSS >76 e >98, EPDS >ou=10 e SCID	PDSS	2 a 12 sem pp	12 sem	2 a 12 sem	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	387
FLYNN, H. A. <i>et al.</i>	2011	Psychiatry Research	Psiquiatria	USA	EPDS>ou=13 e PHQ-9 >ou=10	EPDS e PHQ-9	Gest e até 32 sem	32 sem	Ñ esp	TRIAGEM	Estudo Comparativo	185
OKUBO, H. <i>et al.</i>	2011	British Journal of Nutrition	Nutrição	Japão	EPDS>ou=9	EPDS	2 a 9 meses pp	9 meses	3 a 4 meses	Fator de risco/ Etiologia	Estudo de Coorte	865

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
SONGOYGARD, K. M. <i>et al.</i>	2011	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	Gineco-obstetrícia	Noruega	EPDS >ou =10 e EDPS >ou =13	EPDS	3 meses pp	3 meses	3 meses	Fator de risco	Ensaio Controlado Randomizado	855
MELTZER-BRODY, S. <i>et al.</i>	2011	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	USA	SCID, PHQ-9 >ou=10 e EPDS >ou=12	EPDS e PHQ-9	gest e até 1 ano PP	12 meses	Ñ esp	Fator de risco	Estudo de Coorte	158
MOKHBER, N. <i>et al.</i>	2011	The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine	Gineco-obstetrícia/ Pediatria	Irã	EPDS >OU= 13	EPDS	8 sem pp	8 sem	8 sem	Prevenção	Ensaio Controlado Randomizado	166
MELTZER-BRODY, S. <i>et al.</i>	2011	J Clin Endocrinol Metab.	Endocrinologia	USA	CES-D >ou=17 e >ou=25(Gestação), EPDS >ou=10 e >ou=13(Pós-parto)	EPDS	< 20 sem gest, 24-29 sem gest, 12 sem pp e 1 ano	1 ano		Fator de risco/ Etiologia	Estudo de Coorte	1230
MYIAKE, Y. <i>et al.</i>	2011	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Japão	EPDS >ou=9	EPDS	entre 3 e 4 meses	4 meses	3 a 4 meses	Fator de risco	Estudo caso-controle	771
MAIA, B. R. <i>et al.</i>	2011	Acta Med Port	Medicina Geral	Portugal	DIGS, BDI-II e PDSS	DIGS, BDI-II e PDSS	TERCEIRO TRIM AP E3 MESES PP	3 meses	Ñ esp	Prevalência		386
QUELOPANA, A. L.; CHAMPION, J. D.; REYES-RUBILAR, T.	2011	Health Care for Women International	Saúde da Mulher	Chile	PDSS >ou= 60	PDSS	até 2 sem	2 sem	Ñ esp	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	163
BANTI, S. <i>et al.</i>	2011	Comprehensive Psychiatry	Psiquiatria	Itália	SCID e EPDS >ou=13	EPDS e SCID	Gest. e até 12 meses pp	12 meses	gestação	Prevalência	Estudo de Coorte/ Estudo Caso Controle	1066

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
MARQUES, M. <i>et al.</i>	2011	Psychiatry Research	Psiquiatria	Portugal	DIGS e BDI-II	DIGS	terc trim gest e 3 meses pp	3 meses	3 meses	Fator de risco	Estudo Transversal	382
SWORD, W. <i>et al.</i>	2011	BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	Gineco-obstetrícia	Canadá	EPDS >ou=12	EPDS	6 sem pp	6 sem	6 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	1897
McMAHON, C. A. <i>et al.</i>	2011	Fertility and Sterility	Medicina Reprodutiva	Austrália	EPDS e MINI	EPDS	até 4 meses	4 meses	Ñ esp	FATOR DE RISCO	Estudo de Coorte	541
SKRUNDZ, M. <i>et al.</i>	2011	Neuropsychopharmacology	Neuropsicofarmacologia	Suíça	EPDS >ou = 10	EPDS	terc trim gest e 2 sem pp	2 sem	Ñ esp	Fator de risco/ Etiologia	Estudo longitudinal correlacional	74
LEAH-WARREN, P.; McCARTHY, G.; CORCORAN, P.	2011	Archives of Psychiatric Nursing	Enfermagem	Irlanda	EPDS >ou =12	EPDS	6 e 12 sem pp	12 sem	6 sem	Fator de risco e prevalência	Estudo caso-control	512
LOBATO, G. <i>et al.</i>	2011	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Brasil	EPDS >ou =12	EPDS	16– 45 dias, 46– 75, 76– 105 e 106–135 dias pp	5 meses	3 meses	Prevalência	Estudo Transversal	811
HOEDJES, M. <i>et al.</i>	2011	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	Holanda	EPDS >OU= 13	EPDS	6, 12 e 26 sem pp	26 sem	6 sem	FATOR DE RISCO	Estudo de Coorte	161

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
GLASSER, S. <i>et al.</i>	2011	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Israel	EPDS>ou =10 e EDPS >ou =13	EPDS	9 mês gest e até 3 meses pp	3 meses	Ñ esp	Fator de risco e prevalência	Estudo Descritivo Prospectivo	104
COMASCO, E. <i>et al.</i>	2011	Psychiatric Genetics	Genética	Suécia	EPDS >ou=12	EPDS	6 sem e 6 meses pp	6 meses	Ñ esp	Etiologia	Estudo caso-control	2318
DUBEY, C. <i>et al.</i>	2011	International Journal of Social Psychiatry	Psiquiatria	Índia	EPDS >ou = 10	EPDS	34 sem gest e primeira sem pp	1 sem	similar	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	506
LANES, A.; KUK, J.L.; TAMIM, H.	2011	BMC Public Health	Saúde Pública	Canadá	EPDS >OU= 13	EPDS	5 meses, 6-8 meses e 9-14 meses pp	14 meses	5 meses	Prevalência	Estudo Transversal	6421
MOHAMMAD, K. I.; GAMBLE, J.; CREEDY, D. K.	2011	Midwifery	Enfermagem	Jordânia	EPDS >ou=13 e DASS-21	EPDS	terc. Trim. Gest., 6 a 8 sem e 6 meses pp	6 meses	6 a 8 sem e 6 meses	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	353
OZBASARAN, F.; COBAN, A.; KUCUK, M.	2011	Arch Gynecol Obstet	Gineco-obstetrícia	Turquia	EPDS >OU= 13	EPDS	2 a 24 sem pp	24 sem	Ñ esp	Fator de risco e prevalência	Estudo Transversal	293
TANDON, S. D.	2011	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Psicologia	USA	CES-D>ou=16, Maternal Mood Screener (MMS) e BDI-II	BDI-II e MMS	até 6 meses PP	6 meses	Ñ esp	Tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	234
GJERDINGEN, D.; McGOVER, P.; CENTER, B.	2011	JABFM	Medicina de Família	USA	SCID e PHQ-9>ou=10	SCID e PHQ-9	até 1 mês pp ,2,4,6 e 9 meses pp	9 meses	Ñ esp	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo de Coorte	506

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
HAMDAM, A; TAMIM, H.	2011	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Emirados Arabe	BDI-II (Gestação) e EPDS $\geq$ 10 e MINI no Pós parto	MINI	seg e terc trim gest e 2 e 4 meses pp	4 meses	2 meses	Fator de risco	Estudo de Coorte	137
MORI, T. <i>et al.</i>	2011	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Japan	EPDS $\geq$ 9	EPDS	até 4 sem e de 5 a 12 sem pp	12 sem	até 4 sem	fator de risco	Estudo de Coorte	675
LE, H. N.; PERRY, D. F.; STUART, E. A.	2011	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Psicologia	USA	CES-D $\geq$ 16, Maternal Mood Screener (MMS) e BDI-II $\geq$ 20	BDI-II	gest, 6 sem, 4 e 12 meses pp	12 meses	Não cabe	Prevenção e tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	217
REICHENHEIM, M. E. <i>et al.</i>	2011	BMC Medical Research Methodology	Medicina Geral	Brasil	EPDS $\geq$ 12	EPDS	até 5 meses pp	5 meses	2 meses	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Ensaio Controlado Randomizado	811
DAVEY, H. L. <i>et al.</i>	2011	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	Canadá	EPDS $\geq$ 10 e EDPS $\geq$ 13	EPDS	8 sem pp	8 sem	8 sem	Fator de risco	Ensaio Controlado Randomizado/ Estudo de Coorte	1403
ROSS, L. E. <i>et al.</i>	2011	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Canadá	EPDS $\geq$ 13	EPDS	36 sem gest e 6 a 8 sem pp	8 sem	similar	Fator de risco	Estudo Piloto	87
SYLVÉN, S. M. <i>et al.</i>	2011	Am J Obstet Gynecol	Gineco-obstetrícia	Suécia	EPDS $\geq$ 12	EPDS	5 dias, 6 sem e 6 meses pp	6 meses	6 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	2318

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
KOZINSZKY, Z. <i>et al.</i>	2011	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol	Psiquiatria	Hungria	Leverton questionnaire (LQ) ≥ 12	Leverton questionnaire (LQ)	6 a 10 sem pp	10 sem	6 a 10 sem	Fator de risco e prevalência	Estudo caso-controle	3952
HOWARD, L. M. <i>et al.</i>	2011	BMC Pregnancy and Childbirth	Gineco-obstetrícia	UK	EPDS ≥ 11 e ≥ 13	EPDS	6 a 8 sem e até 26 sem pp	26 sem	Não cabe	Consequência	Estudo de Coorte	4150
CHRISTENSEN, A. L. <i>et al.</i>	2011	Prev Sci	Saúde Pública	USA	CES-D ≥ 16 e BDI-II > 16	BDI-II	18 e 28 sem gest e 6 sem, 4 e 12 meses pp	12 meses	Não cabe	fator de risco e diagnóstico	Ensaio Controlado Randomizado	217
SHARP, D. J. <i>et al.</i>	2010	Health Technology Assessment	Ciências da Saúde	UK	CID-10 e EPDS ≥ 11 e ≥ 13	CID-10 e EPDS	até 6 meses PP	6 meses	Ñ esp	Tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	254
CHAUDRON, L. H. <i>et al.</i>	2010	PEDIATRICS	Pediatria	USA	SCID, CES-D, EPDS, BDI-II e PDSS	SCID E CES-D	Entre 2 sem e 14 meses	14 meses	4 a 8 meses	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo Transversal	385
TESTFAYE, M. <i>et al.</i>	2010	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Etiópia	EPDS ≥ 7 , Kessler scale-6 (K-6), K10 e CPRS-DSM-IV	EPDS, K6 e K10	6, 10 e 14 sem pp	14 sem	Ñ esp	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	100
GOODMAN, J. H.; TYE-VIOLA, L.	2010	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	USA	EPDS ≥ 10	EPDS	terc trim gest e 6 sem pp	6 sem	gestação	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo Descritivo Longitudinal Quantitativo e Qualitativo	491

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
HAYES, D. K. <i>et al.</i>	2010	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	USA/Hawaii	SRPDS/PRAMS	SRPDS	Gestação, parto e pp	Ñ esp	Ñ esp	Diagnóstico e triagem	Estudo caso-controle	7154
BEYDOUN, H. A. <i>et al.</i>	2010	Ann Epidemiol./NIH Public Access	Saúde Pública	CANADA	EPDS >OU= 13	EPDS	entre 5 e 9 meses pp	9 meses	5 a 9 meses	fator de risco	Estudo Transversal	6421
EHRlich, M. <i>et al.</i>	2010	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	USA	EPDS >OU= 13	EPDS	6 e 12 meses pp	12 meses	12 meses	fator de risco/ Etiologia	Estudo Transversal	208
GROTE, V. <i>et al.</i>	2010	BMC Pediatrics	Pediatria	Europa Multicêntrico	EPDS >OU= 13	EPDS	2,3 e 6 meses pp	6 meses	2 meses	Consequências	Ensaio Controlado Randomizado	929
HARTLEY, C. <i>et al.</i>	2010	Psychology, Health & Medicine	Medicina Geral/ Psicologia	África do Sul	EPDS >OU= 13	EPDS	10 a 12 meses pp	12 meses	10 a 12 meses	Fator de risco e consequência	Estudo Transversal	83
LEUNG, S. S. <i>et al.</i>	2010	Journal of Public Health	Saúde Pública	China	EPDS >ou = 10	EPDS	2,6 e 18 meses	18 meses	Ñ esp	Prevenção e tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	462
JARDRI, R. <i>et al.</i>	2010	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	Gineco-obstetrícia psicossomática	França	MINI	MINI	8 sem	8 sem	8 sem	Fator de risco	Estudo caso-controle	320
RAMBELL, C. <i>et al.</i>	2010	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Itália	SCID e EPDS >ou=13	EPDS	1, 3 e 6 mês pp	6 meses	Ñ esp	Fator de risco	Estudo de Coorte	600

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
BLOM, E. A. <i>et al.</i>	2010	BJOG	Gineco-obstetrícia	Holanda	EPDS >OU= 13	EPDS	2 meses pp	2 meses	2 meses	Fator de risco	Estudo caso-controle	4941
PODOLSKA, M. Z. <i>et al.</i>	2010	Med Sci Monit	Medicina Geral	Polônia	EPDS >OU= 13	EPDS	32 a 40 sem gest e 3 a 5 dias pp	5 dias	Ñ esp	Fator de risco	Estudo caso-controle	229
CHIBANDA, D. <i>et al.</i>	2010	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Saúde da Mulher	Zimbábue	SCID e EPDS >ou=12	EPDS	6 sem pp	6 sem	6 sem	Fator de risco e prevalência	Estudo caso-controle	210
CANTILINO, A. <i>et al.</i>	2010	J. bras. psiquiatr.	Psiquiatria	Brasil	SCID	SCID	2 a 26 sem pp	26 sem	2 a 26 sem	prevalência e fator de risco	Estudo Transversal	400
DENNIS, C. L.	2010	International Journal of Nursing Studies	Enfermagem	Canadá	EPDS >ou = 10 (2 sem) e >ou=13 (12 sem)	EPDS	2 sem e 12 sem pp	12 sem	Não cabe	Prevenção e tratamento	Ensaio Controlado Randomizado	221
NYLEN, K. J. <i>et al.</i>	2010	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Psicologia	USA	HRSD-17 >ou=12, BDI e SCID	HSRD	4 e 8 sem pp	8 sem	Ñ esp	Tratamento	Ensaio Controlado Randomizado/ Estudo Transversal	791
XIE, R. H. <i>et al.</i>	2010	Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology	Gineco-obstetrícia	China	EPDS >OU= 13	EPDS	30 a 32 sem gest e 2 sem pp	2 sem	Ñ esp	Fator de risco	Estudo de Coorte	534

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
KIRPINAR, I. <i>et al.</i>	2010	Journal of Clinical Nursing	Enfermagem	Turquia	EPDS >OU= 13	EPDS	1 e 6 sem pp	6 sem	1 sem	Fator de risco e prevalência	Estudo caso-controle	479
GLAVIN, K. <i>et al.</i>	2010	Journal of Clinical Nursing	Enfermagem	Noruega	EPDS >ou = 10	EPDS	3 sem, 3, 6 e 12 meses pp	12 meses	Não cabe	Prevenção e tratamento	Estudo Quasi-Experimental	2247
YAGMUR, Y. ULUKOCA, N.	2010	Int J Public Health	Saúde Pública	Turquia	EPDS >OU= 13	EPDS	2, 4, 6 e 12 meses	12 meses	6 meses	Fator de risco	Estudo Transversal	730
LaCOURSIERE, D. Y. <i>et al.</i>	2010	BJOG	Gineco-obstetrícia	USA	EPDS >ou =12	EPDS	6 a 8 sem pp	8 sem	6 a 8 sem	Fator de risco	Estudo de Coorte	1053
ZUBARAN, C. <i>et al.</i>	2010	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	Brasil	SCID, PDSS >ou=81 e EPDS>ou=13	EPDS e PDSS	2 a 12 sem pp	12 sem	2 a 12 sem	Diagnóstico e triagem	Estudo longitudinal correlacional	101
PEREIRA, A. T. <i>et al.</i>	2010	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	Gineco-obstetrícia	Portugal	PDSS>ou=63, BDI-II>ou=11 e DIGS	PDSS	3 meses pp	3 meses	3 meses	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	486
LE, H. N. <i>et al.</i>	2010	J Immigrant Minority Health	Saúde Pública	USA	PDSS >ou= 60, BDI-II e CES-D>ou=16	PDSS	6 a 8 sem pp	8 sem	Ñ esp	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	155

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
LAU, Y.; WONG, D. F.; CHAN, K. S.	2010	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	China	EPDS >ou=14	EPDS	seg trim gest, terc trim gest e 6 sem pp	6 sem	gestação	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo caso-controle	610
ALBACAR, G. <i>et al.</i>	2010	Psychoneuroendocrinology	Psiconeuroendocrinologia	Espanha	EPDS >ou = 10 e DIGS	EPDS	48 hs, 8 e 32 sem pp	32 sem	Ñ esp	Fator de risco/ Etiologia	Estudo caso-controle	1053
CHIBANDA, D. <i>et al.</i>	2010	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	Zimbábue	EPDS>ou=12 e Entrevista(DSM-IV)	EPDS	6 sem	6 sem	6 sem	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação/ Estudo Transversal	210
LAU, Y. <i>et al.</i>	2010	International Journal of Nursing Studies	Enfermagem	China	SCID e EPDS >10	EPDS	6 a 8 sem pp	8 sem	6 a 8 sem	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	342
VIVILACK, V. G. <i>et al.</i>	2009	BMC Public Health	Saúde Pública	Grécia	EPDS >ou=9 e >OU= 13 e BDI-II	EPDS	até 12 sem pp	12 sem	4 a 16 sem	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	120
HOROWITZ, J. A. <i>et al.</i>	2009	NIH Public Access/Psychiatr Serv.	Psiquiatria	USA	EPDS >10	EPDS	4 sem	4 sem	4 sem	Diagnóstico e triagem	Estudo de Coorte	5169
MILLER, R. <i>et al.</i>	2009	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	USA	EPDS >ou=11 e SCID	EPDS	1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 meses	7 meses	4 meses	triagem e prevenção	Estudo Piloto	5439

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
SHELTON, N. J.; HERRICK, K. G.	2009	Public Health	Saúde Pública	UK	EPDS>ou 10 e GHQ-12	EPDS e GHQ-12	até 1 ano	12 meses	Ñ esp	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo Comparativo	394
YAWN, B. P. <i>et al.</i>	2009	J Am Board Fam Med	Medicina de Família	USA	EPDS>11 e PHQ-9>9	EPDS e PHQ-9	5 a 12 sem pp, 6 e 12 meses	12 meses	Ñ esp	TRIAGEM	Ensaio Controlado Randomizado	481
HO, S. M. <i>et al.</i>	2009	Patient Education and Counseling	Saúde Pública	Tailândia	EPDS>ou=10	EPDS	6 sem e 3 meses	3 meses	6 sem	Prevenção	Ensaio Controlado Randomizado	200
BAINES, T.; WITTKOWSKI, A.; WIECK, A.	2009	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	USA	EPDS >ou = 10, BDI-II e The Illness Perception Questionnaire (IPQ)	EPDS	até 6 sem pp	6 sem	Ñ esp	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO		1285
PANTHANGI, V. <i>et al.</i>	2009	J Am Board Fam Med	Medicina de Família	USA	EPDS >OU= 13	EPDS	5 a 8 sem pp	8 sem	5 a 8 sem	Fator de risco	Estudo Transversal	530
KRAUSE, K. M.; OSTBYE, T.; SWAMY, G. K.	2009	Matern Child Health J	Saúde Materno-Infantil	USA	EPDS >OU= 13	EPDS	6 sem	6 sem	6 sem	fator de risco e prevenção	Ensaio Controlado Randomizado	491
GALANTI, M. <i>et al.</i>	2009	Epilepsy & Behavior	Neurologia	USA	BDI >ou= 12 e SCID	BDI	terc trim gest e 12 sem pp	12 sem	Ñ esp	Fator de risco	Estudo de Coorte	56

Tabela 2 – Artigos incluídos e seus dados

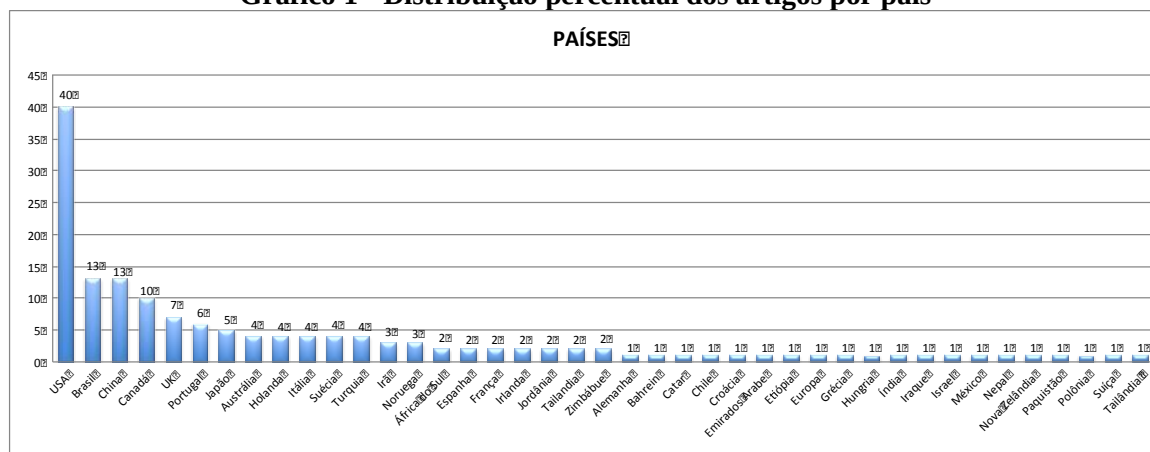
ARTIGOS/ VARIÁVEIS	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ESPECIALIDADE	LOCAL DA PRODUÇÃO	INSTRUMENTOS E SEUS ESCORES	QUAL PRINCIPAL INSTRUMENTO	TEMPO	ÚLTIMO TEMPO	MELHOR TEMPO	OBJETIVO PRINCIPAL	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DA AMOSTRA
KHEIRABADI, G. R. <i>et al.</i>	2009	Arch Iranian Med	Medicina Geral	Iran	BDI-II>ou=17	BDI-II	2 a 12 meses pp	12 meses		Fator de risco	Estudo Transversal	6627
SKALKIDOU, A. <i>et al.</i>	2009	Psychoneuroendocrinology	Psiconeuroendocrinologia	Suécia	EPDS>13, >11 e >12 (nos 3 tempos)	EPDS	5 dias, 6 sem e 6 meses pp	6 meses	5 dias	Fator de risco/ Etiologia	Estudo de Coorte	347
GJERDINGEN, D. <i>et al.</i>	2009	J Am Board Family Med.	Medicina de Família	USA	SCID, PHQ-9 e two case-finding questions (DSM-IV)	SCID	0-6 meses	6 meses	Ñ esp	Tratamento e prevenção	Ensaio Controlado Randomizado	506
NGAI, F. W. <i>et al.</i>	2009	International Journal of Nursing Studies	Enfermagem	China	EPDS >ou = 10	EPDS	12 a 35 sem gest e 6 sem e 6 meses pp	6 meses	Não cabe	Prevenção	Estudo Quasi-Experimental	184
ZUBARAN, C. <i>et al.</i>	2009	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	Gineco-obstetrícia psicossomática	Brasil	PDSS>ou= 81 e SCID	PDSS	2 a 12 sem pp	12 sem	2 a 12 sem	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	101
LOGSDON, M. C.; USUI, W. M.; NERING, M.	2009	Arch Womens Ment Health	Saúde Mental da Mulher	USA	CES-D >ou=16 e EPDS>ou=13	EPDS	4 a 6 sem pp	6 sem	4 a 6 sem	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO	Estudo de Validação	149
PHILLIPS, J. <i>et al.</i>	2009	Journal of Affective Disorders	Psiquiatria	Austrália	EPDS>ou=13, EPDS-7 itens >ou=8, BDI-II, SCID	EPDS	1 sem a 12 meses pp	12 meses	Ñ esp	TRIAGEM E DIAGNÓSTICO	Estudo de Validação	309

Fonte: (MORAES, 2015)

A partir dos dados da tabela 2, foram elaborados os resultados abaixo relacionados:

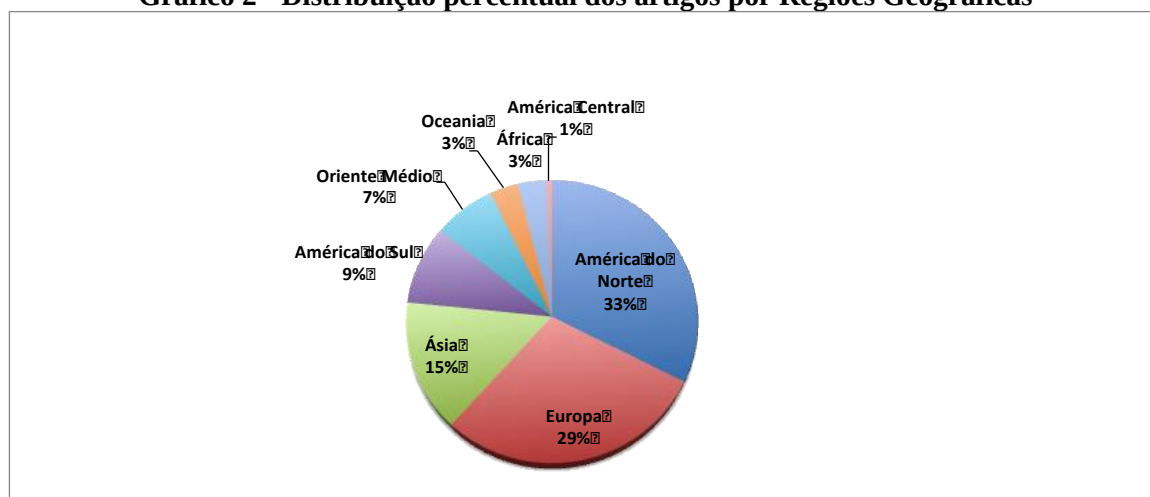
Este estudo encontrou artigos produzidos em 41 países diferentes, além de um estudo multicêntrico europeu. No gráfico 1 pode-se observar a distribuição destes estudos pelo país correspondente, em ordem dos que apresentaram maior número de estudos para os de menor número. Pode-se constatar no gráfico 2 a distribuição percentual dos artigos por regiões geográficas.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos artigos por país



Fonte: (MORAES, 2015)

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos artigos por Regiões Geográficas

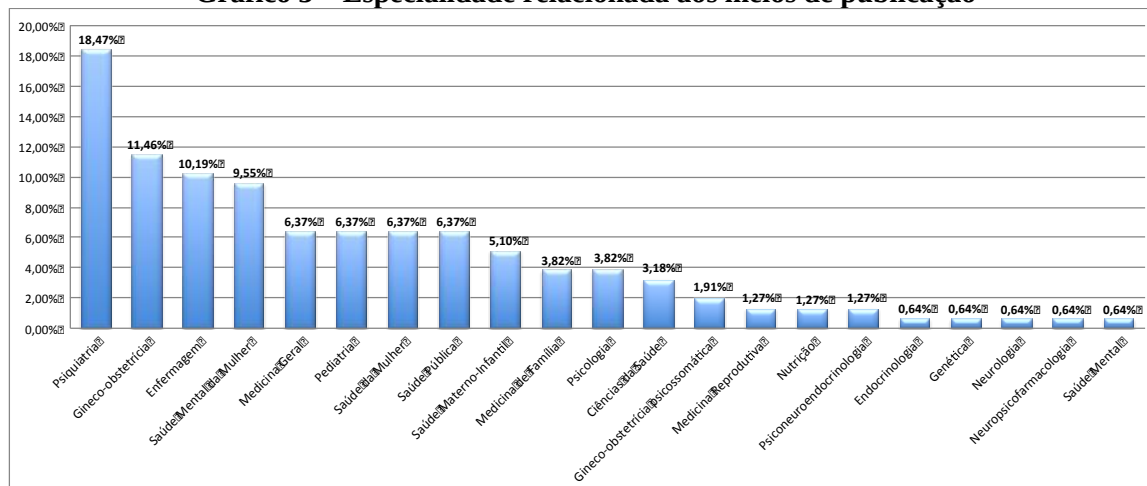


Fonte: (MORAES, 2015)

Os artigos incluídos na tabela foram encontrados em 86 revistas e jornais científicos diferentes. Estes meios de publicação científica relacionam-se a diversas especialidades, como mostra o gráfico 3, em que é possível visualizar 21 áreas diferentes.

Algumas dessas, fazendo parte de interesse de mais de uma especialidade.

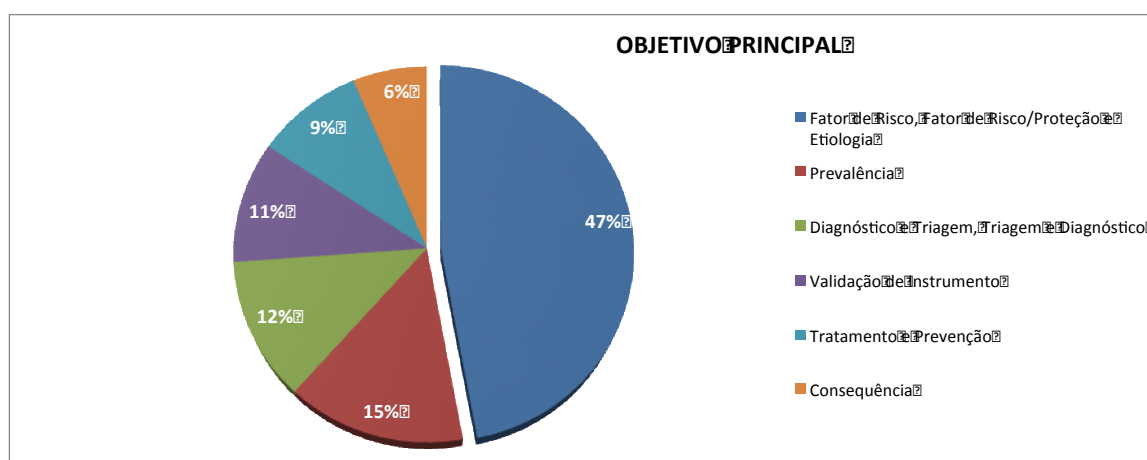
Gráfico 3 – Especialidade relacionada aos meios de publicação



Fonte: (MORAES, 2015)

Outro ponto de interesse da pesquisa é mostrar quais são os objetivos principais dos estudos. Estes objetivos foram divididos em seis áreas principais: 1-Fator de risco, Fator de Proteção e Etiologia; 2-Prevalência; 3-Diagnóstico e Triagem; 4-Validação de Instrumento; 5-Tratamento e Prevenção; e 6-Consequência. Estão representados gráfico 4, com os percentuais encontrados para cada um desses grupos.

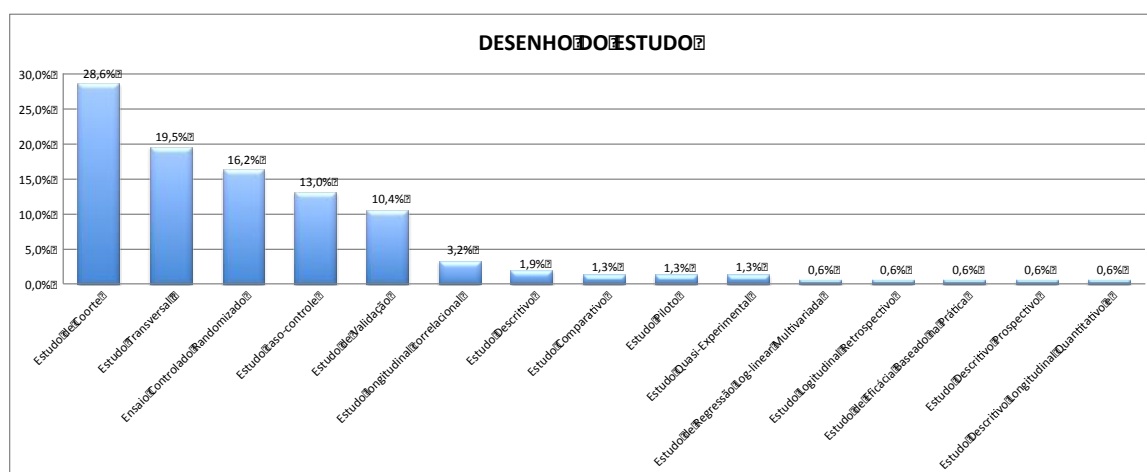
Gráfico 4- Objetivos principais dos estudos



Fonte: (MORAES, 2015)

Também foram identificados os tipos de desenhos metodológicos utilizados nos artigos incluídos na pesquisa, na qual é possível observar que quase 90% dos desenhos são referentes a 5 tipos de estudos: Coorte, Transversal, Ensaio Controlado Randomizado, Caso-Control e Validação de Instrumento, conforme apresentado no gráfico 5.

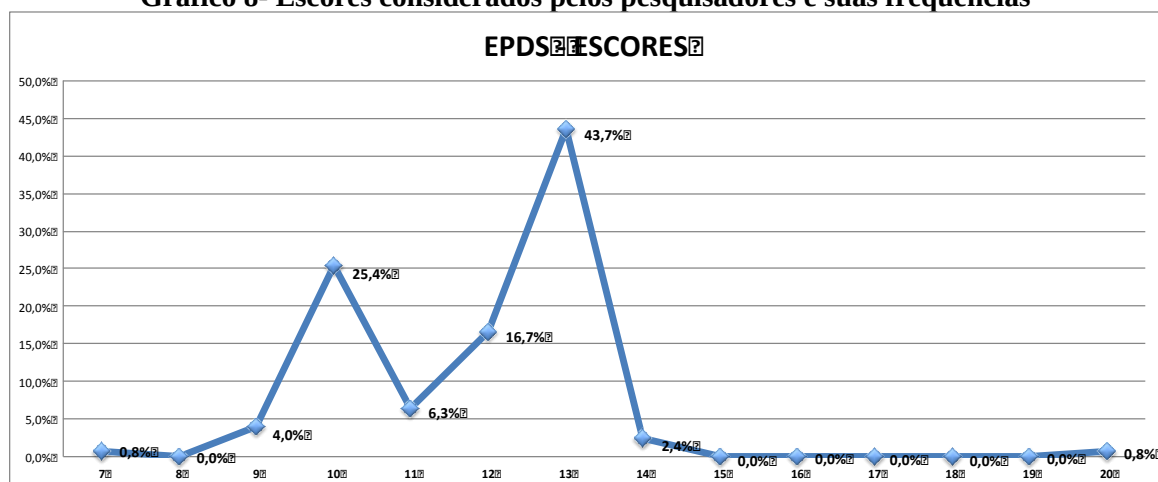
Gráfico 5 - Tipos de desenhos metodológicos utilizados nos estudos



Fonte: (MORAES, 2015)

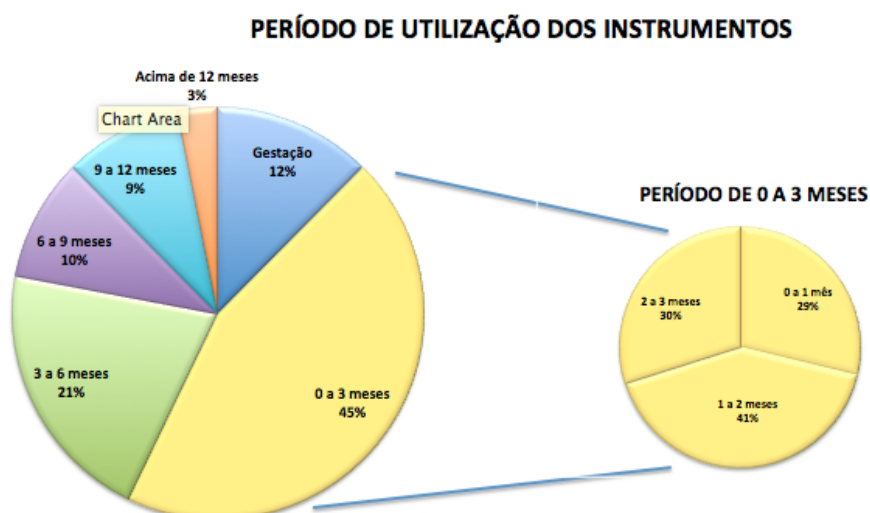
Dentre todos os parâmetros metodológicos encontrados nesta pesquisa, os principais são os que se referem aos instrumentos utilizados na triagem, diagnóstico e avaliação da DPP, assim como os escores e o tempo relacionado a aplicação destes instrumentos. Estes resultados estão discriminados a seguir.

Encontrou-se um total de 38 instrumentos diferentes nos diversos artigos. O gráfico 6 mostra o percentual registrado de cada um deles.

Gráfico 8- Escores considerados pelos pesquisadores e suas frequências

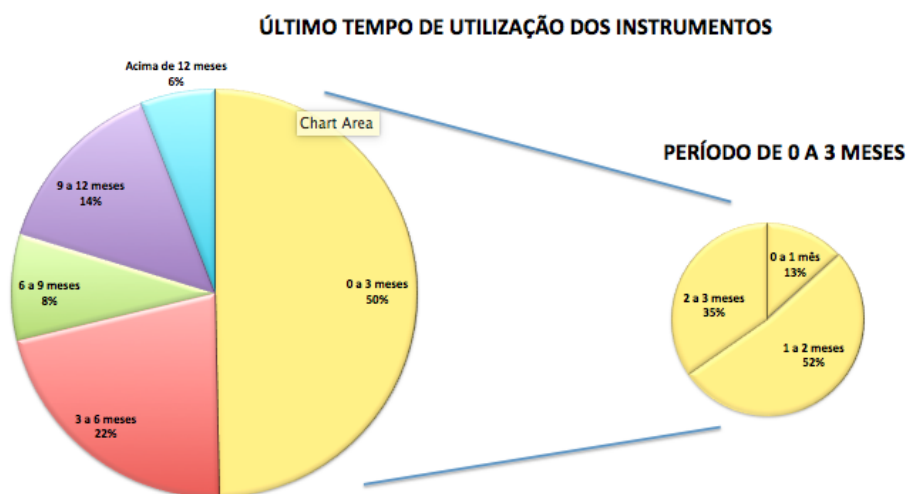
Fonte: (MORAES, 2015)

Por último, serão mostrados os resultados referentes ao tempo. O gráfico 9 informa quais são os principais períodos de utilização dos instrumentos e seu percentual. Já o gráfico 10 demonstra quais os últimos momentos desses registros, e finalmente, no gráfico 11, pode-se observar quais são considerados os melhores tempos da utilização de cada instrumento, considerados a partir das maiores taxas de prevalência.

Gráfico 9 - Período de utilização dos instrumentos

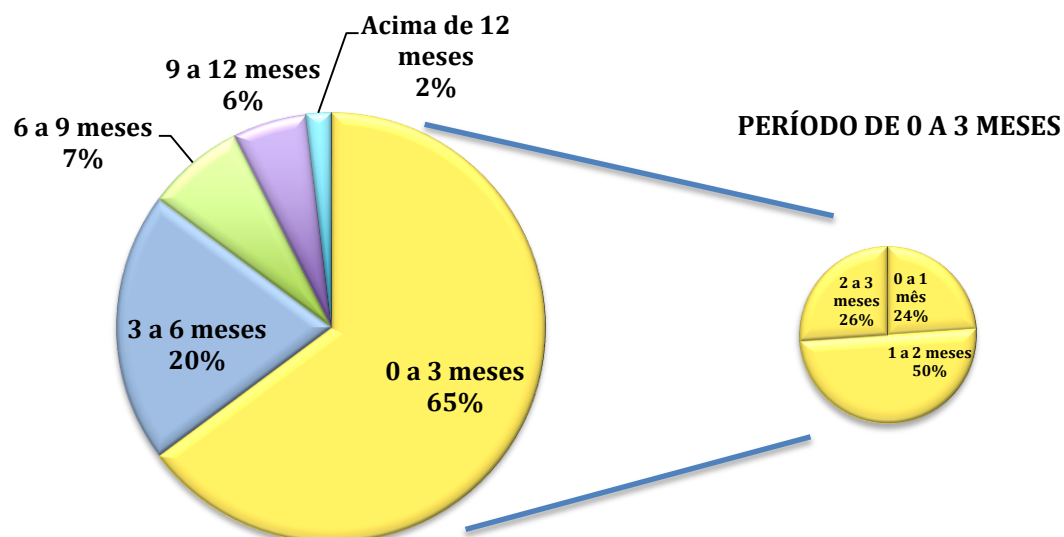
Fonte: (MORAES, 2015)

Gráfico 10- Último período de utilização dos instrumentos



Fonte: (MORAES, 2015)

Gráfico 11- Melhor período para a utilização dos instrumentos



Fonte: (MORAES, 2015)

7 DISCUSSÃO

Esta pesquisa mostra que a temática sobre a DPP desperta interesse ao redor do mundo, como observado no gráfico 2. Quase todas as regiões geográficas aparecem como locais de produção de pesquisas, existindo uma predominância na América do Norte, seguida de perto pela Europa. Já quando individualizada, essa produção por países, pode-se observar no gráfico 1 que os Estados Unidos apresentam considerada vantagem em relação aos outros países. Entretanto, o Brasil, a China e o Canadá também são países que se destacam, com um grande número de trabalhos produzidos. Outra constatação está no número abrangente de jornais e revistas que possuem espaços em suas páginas para abordar o assunto. Tais publicações estão relacionadas a diversas áreas de interesse, embora 4 delas mereçam destaque: Psiquiatria, Gineco-Obstetrícia, Enfermagem e Pediatria. Isso se deve ao fato de serem especialidades que estão envolvidas com a DPP diretamente na prática clínica. Contudo, outras especialidades profissionais também podem ser comprometidas com o atendimento ou a prevenção da DPP, como é o caso da Psicologia, Medicina geral, Medicina de família, Saúde Pública, Nutrição e Medicina psicossomática. Isto porque esse transtorno é considerado um problema de saúde pública e necessita empenho das equipes multiprofissionais para melhor compreensão, diagnóstico, tratamento e prevenção precoces.

Apesar do grande interesse observado nas pesquisas em diferentes lugares do mundo, ainda são poucos os locais que têm protocolos de rastreamento sistemáticos para DPP, mesmo sabendo que a triagem tem demonstrado ser uma das principais estratégias para a prevenção de suas consequências negativas. Atualmente, existe uma grande variedade de instrumentos utilizados nas pesquisas científicas sobre DPP. Este fato contribui para a grande heterogeneidade dos parâmetros metodológicos nos artigos científicos. Baseado nisso, esta pesquisa averigua quais instrumentos estão sendo utilizados e qual o percentual destes nos diversos estudos científicos. O resultado mostrado no gráfico 6 apresenta 38 diferentes tipos de instrumentos de pesquisa, dentre escalas, questionários e entrevistas, com predominância do EPDS, seguido por SCID, BDI-II, PDSS, CES-D, PHQ-9 e DIGs. Já o gráfico 7 mostra o percentual de cada tipo de instrumento, considerando apenas os principais para cada artigo e que aproximadamente 65% dos artigos utilizam o EPDS como instrumento principal, seguido por 7 % do PDSS, 5,3 % do BDI-II, 4,1% do PHQ-9 e 4,1% do SCID.

O resultado deste estudo converge com outros que mostram a importância do EPDS como sendo o instrumento mais comum de rastreio da DPP e com a vantagem de ser um método gratuito, de fácil aplicação e com boa aceitabilidade. Já foi validado em vários países, com altas taxas de sensibilidade e especificidade. Ele tem sido preconizado para rastreio de depressão, não só depois do parto, como no período gestacional (ELISEI et al., 2013). Contudo, é importante saber que ele não é validado como método diagnóstico para este fim, pois o padrão ouro continua sendo a entrevista diagnóstica com um clínico capacitado (HOROWITZ et al., 2009).

Considerando a falta de parâmetros metodológicos bem definidos e a grande heterogeneidade dos estudos sobre o tema, a pesquisa identifica quais os escores do EPDS utilizados nos estudos, já que este é o instrumento mais utilizado. O gráfico 8 mostra que 92% dos estudos apresentam pontos de corte variando entre 10 e 13, no qual 43,7% deles utilizou 13 como ponto de corte, 25,4 % usou 10, 16,7 % estabeleceu 12 como ponto de corte e 6,3% com ponto de corte 11.

O ponto de corte depende de vários fatores, dentre eles, o objetivo do uso. Se for para identificar o maior número possível da enfermidade, deve-se considerar valores mais baixos de ponto de corte, com isso aumentar a sensibilidade do instrumento. Já se o objetivo for se aproximar do diagnóstico e aumentar a especificidade do instrumento, deve-se aumentar o ponto de corte (GIBSON J et al., 2009). Também vai depender do momento de aplicação e da população avaliada.

Um outro desfecho importante deste estudo são as altas prevalências de DPP não apenas nos três primeiros meses de vida da criança, mas durante todo o primeiro ano, com um percentual considerado de pesquisas que demonstram maiores prevalências depois do primeiro trimestre após o parto. O gráfico 11, sobre os melhores momentos para aplicação dos instrumentos, leva em consideração apenas o período após o parto, avaliados pelas maiores prevalências entre os diversos períodos pesquisados ou o único período registrado em alguns artigos. Mostra também que 65% deles apresentam as maiores taxas de prevalência até 3 meses do puerpério, 35% após os 3 primeiros meses, e 15 % dos estudos, acima dos 6 meses. Logo, assim como em outros estudos, é preconizado que as triagens para esta doença não fiquem restritas às primeiras semanas após o parto, mas sejam feitas em outros momentos durante todo o primeiro ano de vida, aproveitando as visitas regulares que a mãe e o filho fazem aos pediatras e centros de saúde neste período (CHAUDRON et al., 2010).

Estes achados convergem com outros estudos que mostram altas taxas de DPP após as primeiras semanas do parto. Como evidenciado por Lucero et al (2012), que encontraram as maiores prevalências - 60,9% das DPP - em mulheres entre 13 e 24 semanas após o parto, seguido por mulheres entre 2 e 12 semanas após o parto, que tiveram uma taxa de 52,1%, depois, por mulheres entre 25 e 36 semanas com 50% e, por último, as mulheres entre 37 e 48 semanas com 46,7%. Neste mesmo estudo não foi encontrada diferença significativa dos sintomas entre 2 e 48 semanas após o parto (LUCERO et al., 2012). Da mesma forma, Chaudron et al (2010) apresentaram pesquisa com altas taxas de depressão no grupo do pós-parto tardio, ao avaliarem mulheres até 14 meses após o parto (CHAUDRON et al., 2010).

Também não existe consenso sobre até quando a depressão está relacionada ao parto. Portanto, um dos objetivos desta pesquisa baseia-se na investigação deste período. No gráfico 10, referente ao último tempo de registros dos instrumentos, pode-se observar que 67,5% dos artigos registraram a DPP após 2 meses do parto, 50% após 3 meses, 28% após 6 meses e 6% após 12 meses. Este resultado constata que o tempo considerado para a depressão ser relacionada ao parto vai muito além das primeiras semanas do puerpério, com altas taxas até um ano após o parto. O que é de fundamental relevância para montar as estratégias de rastreamento e abordagens terapêuticas peculiares para este tipo de depressão.

Uma outra questão é se a depressão ligada ao parto relaciona-se apenas ao período puerperal ou pode ser considerada ainda na gestação. Esta pesquisa verifica que 12% dos artigos científicos iniciaram a utilização dos instrumentos durante a gestação, como mostra o gráfico 9. Desta forma, muitos autores consideram que o termo usado atualmente pelo DSM-5, que trocou o termo pós-parto por periparto, está mais adequado. Também é de conhecimento dos pesquisadores e clínicos a associação entre depressão e ansiedade durante a gestação e DPP. Estes são considerados um dos maiores fatores de risco relacionados. É neste período que muitas gestantes fazem várias consultas pré-natais e têm uma grande oportunidade de começar o rastreamento desta condição (SCHAAR; HALL, 2013). Strehlow faz uma consideração interessante, quando compara a DPP a Diabetes Mellitus Gestacional, esta última mesmo sendo menos prevalente (1 a 12%) e com igual potencial devastador na vida da mãe e da criança, é investigada em quase todas as gestantes, enquanto a investigação da depressão é geralmente negligenciada neste período (STREHLOW et al., 2007).

A maioria dos estudos encontrados nesta pesquisa têm como objetivo principal, identificar os fatores relacionados a um maior ou menor risco de apresentar este transtorno, como pode-se observar no gráfico 4. O que se faz muito importante para a prevenção da DPP, aliado à busca de um diagnóstico precoce e a intervenções em grupos de risco, para um melhor tratamento e promoção da saúde. Sabe-se que quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, melhor o prognóstico para a mãe e a criança.

Importante observar que o rastreamento é apenas uma das formas de prevenção da depressão neste período e não existe ainda um consenso se ele deve ser realizado de forma universal. Apesar dos benefícios claros de um diagnóstico precoce, nem todas as mães se beneficiam (ARMSTRONG; SMALL, 2010), já que muitas delas são diagnosticadas e não conseguem tratamentos adequados. Ainda hoje é muito forte o preconceito e estigma em torno desta enfermidade, o que leva, muitas vezes, a sentimentos de culpa e dificuldades na busca de ajuda (MILLER et al., 2012). Estratégias para uma prática integrada, na qual, junto com a detecção precoce, possa haver um encaminhamento adequado e espaço para que as mães tirem dúvidas, falem sobre as emoções e recebam psicoeducação em relação aos sentimentos advindos da maternidade, indicam a melhor forma de ajudá-las a lidar com essa questão (HOROWITZ et al., 2009). O reconhecimento de magnitudes específicas, grupos de risco e ajustes às diversidades são essenciais para a implementação de estratégias mais eficazes tanto para prevenção e detecção precoce, quanto no manejo adequado de mães deprimidas (LOBATO et al., 2011).

7.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta revisão sistemática apresenta algumas limitações em relação à busca de artigos. Quanto ao tempo de busca é restrita aos últimos 5 anos, o que, por um lado, limita o número de artigos, contudo, por outro, pode-se observar tendências recentes nas pesquisas sobre o tema.

Um outro possível limitador é a inclusão apenas dos artigos originais que resulta em um menor número de estudos sobre o tema. Entretanto, justificada pela necessidade de utilizar um tipo de artigo que é considerado padrão ouro em termos de metodologia científica.

Outro fator restritivo refere-se a escolha de um único idioma, a língua inglesa. Isto porque é a mais utilizada para a comunicação científica em diversas culturas e nas publicações de maior impacto científico.

A preocupação com o rigor científico das publicações gera a necessidade de utilizar apenas bancos de dados reconhecidos internacionalmente, por isso esta pesquisa faz uso PubMed, SciELO e LILACS. Os dois últimos podem gerar um outro viés de busca, à medida que estão mais ligados à América Latina.

Um outro viés é a grande heterogeneidade dos artigos, já que eles são pesquisados nas diferentes regiões do mundo e têm objetivos distintos. De qualquer forma, um dos principais objetivos dessa pesquisa é mostrar essas diferenças metodológicas.

8 CONCLUSÃO

Este estudo evidencia uma grande heterogeneidade nos instrumentos de pesquisa, com 38 instrumentos de triagem, diagnóstico e avaliação distintos. A verificação do instrumento principal dos estudos, registra uma predominância do EPDS em cerca de 65% dos artigos, apresentando pontos de corte com uma variação total de 7 a 20 e predominância entre 12 e 13. Quanto ao tempo, verifica-se que a maior parte das aferições dos instrumentos foram realizadas no primeiro trimestre do puerpério (45%), contudo foram grandes os percentuais de registros fora deste período, 43% acima de 3 meses do puerpério e 12% durante a gestação. Em relação aos períodos com maior prevalência de casos após o nascimento, constata-se que 65% encontra-se nos primeiros 3 meses após o parto e 35% após os 3 meses. Desta forma, apesar de se averiguar uma heterogeneidade significativa entre os estudos, há uma predominância do EPDS como método de triagem mais utilizados. Já em relação ao tempo, os resultados indicam que ele está muito além do que atualmente é preconizado nos manuais diagnósticos, com episódios depressivos desde a gestação até o período de um ano após o parto, relacionando-se ao nascimento do filho.

A grande importância deste estudo não está apenas na possibilidade de uma maior padronização dos parâmetros das pesquisas em relação a esta enfermidade, mas também em mostrar que a depressão ligada ao nascimento do filho não está restrita a fase puerperal precoce, mas pode ser relacionada a quadros depressivos desde a gestação até, pelo menos, um ano do período do parto. Como este tipo particular de depressão necessita de uma atenção diferenciada no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento, este achado é de fundamental importância quando se pensa em novas diretrizes e estratégias para estes fins, podendo melhorar as políticas públicas de atenção a saúde da mulher.

Portanto, estes resultados devem servir para que se avance na busca de uma melhor compreensão sobre esta grave enfermidade e, com isso melhorar a assistência às mulheres neste período singular de suas vidas, prevenindo consequências nefastas para mães e filhos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 453: screening for depression during and after pregnancy. **Obstetrics and Gynecology**, v.115, n.2, p. 394-395, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders**. 4. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.

ARMSTRONG S. J.; SMALL R. E. The paradox of screening: Rural women's views on screening for postnatal depression. **BMC Public Health**, v. 10, n.744, 2010.

BAINES, T. ; WITTKOWSKI, A. Clinical Illness perceptions in mothers with postpartum depression. **Midwifery**, v. 29, p. 779–786, 2013.

BANTI, S. et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. **Comprehensive Psychiatry**, v.52, p.343-351, 2011.

BECK, C. T. Na inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, 1961, v. 4, p. 561-571.

BECK, C. T.; STEER, R.; BROWN, G. **The Beck Depression Inventory**. 2nd.ed.: Edition manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

BECK, C. T. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.44, n.5, p. 298-304, 1995.

BECK, C. T.; GABLE, R. K. Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. **Nursing Research**, v. 49, p. 272-282, 2000.

BECK, C. T.; GABLE, R. K. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. **Nursing Research**, v.50, p. 155-164, 2001a.

BECK, C. T.; GABLE, R. K. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. **Nursing Research**, v. 50, p. 242-250, 2001b.

BECK, C. T.; GABLE, R. K. **Manual for Postpartum Depression Screening Scale**. Los Angeles, CA: Wester Psychological Services, 2002.

BECK, C. T.; INDMAN, P. The many faces of postpartum depression. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 34, p. 569-576, 2005.

BECK, C. T.; RECORDS, K.; RICE, M. Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 35, n. 6, p. 735–745, 2006.

BECK, C. T.; DRISCOLL, J. W. **Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide**. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers, 2006.

BERGANT, A. et al. Prevalence of depressive disorders in early puerperium. **Gynakol Geburtshil- fliche Rundsch**, v. 38, n. 1, p. 232–237, 1998.

BLEDSON, S. E.; GROTE, K. Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. **Research on Social Work Practice**, v.16, n.2, p. 109-120, 2006.

BOS, S. C. et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, n.1, mar. 2013.

BOYCE, P.; HICKEY, A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. **Soc Psychiat Epidemiol**, v.40, p. 605-612, 2005.

BOYD, R. C.; LE, H.N. SOMBERG, R. Review of screening instruments for postpartum depression. **Arch Womens Ment Health**, v.8, p.141-153, 2005.

BOYD, R. C.; ZAYAS, L. H.; MCKEE, M. D. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. **Maternal and Child Health Journal**, v. 10, n. 2, p. 139–148, 2006.

BURGUT, T. et al. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v.34, n.2, p. 90-97, 2013.

CANTILINO, A. For a conceptual and methodological consensus on postpartum depression research. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.3, p.257, 2010.

CANTILINO, A. et al. Postpartum depression in Recife – Brazil: Prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.1, p.1-9, 2010a.

CANTILINO, A. et al. Postpartum Psychiatry Disorders. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n.6, p. 278-284, 2010b.

CARTER, F. A.; FRAMPTON, C. M.; MULDER, R. T. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. **Psychosomatic Medicine**, v.68, n.2, p.321-330, 2006.

CHAE S. Y. et al. Can We Effectively Use the Two-Item PHQ-2 to Screen for Postpartum Depression? **Family Medicine**, v.44, n.10, p.698-703, nov./dec. 2012.

CHAUDRON, L. H. et al. Self-recognition of and provider response to maternal depressive symptoms in low-income Hispanic women. **Journal of Women's Health**, v. 14, n. 4, p. 331–338, 2005.

CHAUDRON, P. G. et al. Accuracy of Depression Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers. **Pediatrics**, v. 125, n. 3, Mar. 2010.

CHOI H. et al. Predictors for exacerbation/improvement of postpartum depression. A focus on anxiety, the mothers' experiences of being cared for by their parents in childhood and borderline personality: A perspective study in Japan. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, p. 507-512, 2013.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.4, p.157-165, 2007.

COX, J. L.; CONNER, Y.; KENDEL, R. E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. **Br J Psychiatry**, v.140, p.111-117, 1982.

COX, J. L.; HOLDEN, J.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987.

COX, J.L.. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. **World Psychiatry**: official journal of the World Psychiatric Association, v.3, n.2, p.96-97, 2004.

CURY, A. F. et al. Temporal Relationship Between Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in a Sample of Low Income Women. **Matern Child Health J.**, v.17, p. 1297-1303, 2013.

DAVIS K. et al. Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: Comparisons of the PRAMS 6-item instrument, PHQ-9, and structured interviews. **Arch Womens Ment Health**, v.16, p.271-277, 2013.

DENNIS, C.; DOWSWELL, T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, v.1, n. 2, 2015.

DENNIS, C.; ROSS, L.E.; HERXHEIMER, A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. **Cochrane Library**, n.2, 2015.

DENNIS C. L.; HEAMAN, M.; VIGOD, S. Epidemiology of postpartum depression among Canadian women: Regional and national results from a cross-sectional survey. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.57, p.537-46, 2012.

DIVAKAR, H. et al. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a private obstetrics settings. **Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v. 58, n.1, p. 41–44, 2008.

DUBOVSKY, S. L.; BUZAN, R. Mood Disorders. In: HALLES, R. E. ; YUDOFKY, S.C.; TALBOTT, J.A. (Eds.). **Textbook of Psychiatry**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.

EBERHARD-GRAN, M. et al. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.106, n.6, p. 426-433, 2002.

EDWARDS, D.R.; PORTER, S.A.; STEIN, G.S. A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. **J Psychosom Res**, v. 38, p.111–117, 1994.

ELLIOTT, S.A. et al. Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postpartum depression. **Br J Clin Psychol**, v. 39, p. 223–241, 2000.

ELISEI S. et al. Perinatal Depression: a study of prevalence and of risk and protective factors. **Psychiatria Danubina**, v. 25, n.2, p. 258–262, 2013.

- EVANS ,J. et al. Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. **The British journal of psychiatry** : the journal of mental science, v. 186, n.302, p. 302-307, 2005.
- FACUNDES, V. L.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. *Revista Brasileira de Psi- quiatría*, v. 27, n. 3, p. 194–200, 2005.
- FIGUEIRA, P. et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de saúde Pública**, v.43, n.1, p. 79-84, 2009.
- FIELD, T.; DIEGO, M. ; HERNANDEZ-REIF, M. Prenatal depression effects and interventions: a review. **Infant Behav Dev.**, v.33, p. 409-418, 2010.
- FIELD, T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. **Infant Behav Dev**, v.33, p.1-6, 2010.
- FIRST, M. et al. **Structures clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I): Clinical Version**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996.
- FISHER J. et al. Uneven implementation of the National Perinatal Depression Initiative: findings from a survey of Australian women’s hospitals Australian and New Zealand. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.52, p.559–564, 2012.
- FITELSON E. et al. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. **Int J Womens Health**; v. 3: p. 1-14, 2010.
- GAYNES, B. N. et al. **Perinatal depression**: prevalence,screening accuracy, and screening outcomes, 2005.
- GIBSON, J. et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.119, n.5, p. 350-364, 2009.
- GOODMAN, S. H., ; GOTLIB, I. H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychological Review**, v.106, n.3, p. 458–490, 1999.
- GROTEN. K. et al.. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. **Depress Anxiety**, v.29, n.7, p.563-573, jul. 2012.

HANUSA, B.H. et al. Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. **J Womens Health**, v. 17, n.4, p. 585-596, 2008.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, v.10, n.2, p. 231–241, 1980.

HARVEY, S.; PUN, P. Analysis of positive Edinburgh Depression Scale referrals to a consultation liaison psychiatric service in a two-year period. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 16, n.3, p. 161–167, 2007.

HENDRICK, V. et al. Postpartum and non-postpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. **Depress Anxiety**, v.11, n.2, p.66-72, 2000.

HIBBELN, J. Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national, ecological analysis. **J Affect Disord.**, v. 69, p. 15–29, 2002.

HOROWITZ J. A. et al. Best practices: community-based postpartum depression screening: Results from the CARE study. **Psychiatr Serv.**, v.60, n.11, p. 1432–1434, nov. 2009.

HOSTETTER, A. L.; STOWE, Z. N. Postpartum mood disorders. Identification and treatment. In F; 2002.

IKEDA, M.; KAMIBEPPU, K.. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, p112, 2013.

JACOBSEN, T. Effects of postpartum disorders on parenting and on offspring. In: MILLER, L. J. (ed.). **Postpartum Mood Disorders**. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 1999, p. 119-139.

JENNINGS, K. D. et al. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. **Journal of Affective Disorders**, v.54, n.1, p.21-28, 1999.

JOSEFSSON, A. et al. Temperament and character in women with postpartum depression. **Arch Women's Mental Health**, v.10, n.1, p.3-7, 2007.

JUDGE, M. P. et al. Maternal docosahexaenoic acid (DHA, 22:6n-3) consumption during pregnancy decreases postpartum depression (PPD) symptomatology. **The Faseb Journal**, v. 25, 2011.

KAREN, A. et al. Maternal perinatal depression is not independently associated with child body mass index in the Generation R Study: methods and missing data matter. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 65, 1300-1309, 2012.

KENDELL, R. E. ; CHALMERS, J. C.; PLATZ, C. Epidemiology of puerperal psychoses. **The British journal of psychiatry** : the journal of mental science, v.150, p.662-673, 1987.

KORNFELD B. D. et al. Postpartum Depression and Intimate Partner Violence in Urban Mothers: Co-Occurrence and Child Healthcare Utilization. **J. Pediatr.**, v.161, p. 348-53, 2012.

KOZINSZKY, Z. et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South : Eastern Hungary. **Soc Psychiat Epidemiol**, v.46, p. 413-423, 2011.

KROENKE, K.; SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, p. 606–613, , 2001.

LAWRIE T. A. et al. The effect of norethisterone enanthate on postnatal depression: a randomised placebo-controlled trial. **Women's Health Issues**, v.8, p.199-200, 1998.

LEE, H. N.; MUNHOZ, R. F. **The Maternal Mood Screener (MMS)**. Unpublished questionnaire, University of California, San Francisco, 1998.

LEE , D. T. et al. Ethnoepidemiology of postnatal depression: prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. **Br J Psychiatry**, v. 184, p.34-40, 2004.

LEE, D. T. **Laboratório de Epidemiologia e Estatística**. 2015.

LEWIS, G. **Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths To Make Motherhood Safer** (2003-2005). London, UK: CEMACH, 2007.

LINDAHL, V.; PEARSON, J. L.; COLPE, L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. **Archives of Women's Mental Health**, v.8, n.2, p.77-87, 2005.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.4, p.369-379, out./dez. 2011.

LOBATO G. et al. Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. **Arch Womens Ment Health**, v.14, p.187-193, 2011.

LUCERO N. B., et al. Prevalence of postpartum depression among Hispanic immigrant women. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 2, n. 1, p.726-734, 2012.

MAIA B. R. et al. Epidemiology of perinatal depression in portugal Categorical and Dimensional Approach. **Acta Med Port.**, v.25, n.2, p. 443-448, 2011.

MARKHUS, M. W. et al. Low Omega-3 Index in Pregnancy Is a Possible Biological Risk Factor for Postpartum Depression. **Plos One**, v.8, n.7, jul. 2013.

Mc MAHON, C. et al. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. **Journal of Affective Disorders**, v. 84, p. 15–24, 2005.

MERCIER, R. et al. Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. **BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.120, p. 1116–1122, 2013.

MILLER, L. J. Postpartum depression. **The Journal of the American Medical Association**, v.287, p.762-765, 2002.

MILLER, L. J. et al. Now What? Effects of On-Site Assessment on Treatment Entry After Perinatal Depression Screening. **Journal of women's health**, v.21, n. 10, 2012.

MOKHBER N. et al. Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v.24, n.1, p. 104-108, jan. 2011.

MORAES, I. G. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, fev. 2006.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. The impact of postpartum depression on child development. **International Review of Psychiatry**, v. 8, p. 55–63, 1996.

NONACS, R.; COHEN, L. S. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.59, n.2, p. 34-40, 1998.

O'HARA, M. W. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. **Arch Gen Psychiatry**, v.43, p.567-573, 1986.

O'HARA, M. W.; SWAIN, A.M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. **International Review of Psychiatry**, v.8, n.1, p.37-54, 1996.

O'HARA, M.W.; McCABE, J.E. Postpartum depression: Current status and future directions. **Annual Review of Clinical Psychology**, v.9, p. 379-407, 2013.

OKUN M. L. et al. Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence. **Journal of Affective Disorders**, v. 130, p. 378–384, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAWAR, G.; WETZKER, C., GJERDINGEN, D. Prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period. **Journal of American Board and Family Medicine**, v. 24, p. 258–261, 2011.

PEDERSEN, C.A. et al. Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. **Journal of Affective Disorders**, v.29, n.2, p.201-211, 1993.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da Depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.35, n.4, 2008.

PESSAGNO R. A. et al. Using Short-Term Group Psychotherapy as an Evidence-Based Intervention for First-Time Mothers at Risk for Postpartum Depression. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 49, p. 202–209. 2013.

POLLOCK, J. I.; MANASEKI-HOLLAND, S.; PATEL, V. Detection of depression in women of child-bearing age in non-Western cultures: A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Self-Reporting Questionnaire-20 in Mongolia. **Journal of Affective Disorders**, v. 92, n. 2, p. 267–271, 2006.

POPE, S. et al. **Postnatal depression**: a systematic review of published scientific literature to 1999. National Health and Medical Research Council. [S.l.]: Camberra, 2000.

PINSONNEAULT J. K. et al. Association study of the estrogen receptor gene ESR1 with postpartum depression: a pilot study. **Arch Womens Ment Health**, v.16, p. 499-509, 2013.

RADA, K. D.; EDMOND, D. Shenassa. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? **Womens Ment Health**, v.15, p. 31-37, 2012.

RAUH, C. et al. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. **Arch Gynecol Obstet.**, v.286, p. 1407–1412, 2012.

RIGHETTI, M. et al. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. **Journal of Affective Disorders**, v.49, n.3, p.167-180, 1998.

ROBINSON, G. E.; STEWART, D. E. Postpartum Disorders. In: STOTLAND, N.L.; STEWART (eds.). **Psychological Aspects of women's health care**. 2.ed. Washington DC: American Psychiatry Press, 2001, p. 117-139.

ROSS, L. E. et al. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.109, p.457-466, 2004.

RUSCHI, G. E. et al. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.29, n.3, p.274-280, set./dez. 2007.

RUSSELL, J.A.; DOUGLAS, A. J. , INGRAM, C.D. Brain preparations for maternity--adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation. An overview. **Progress in Brain Research**, v.133, p.1-38, 2001.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas birth cohort study. **Cadernos de Saúde pública**, v.23, n.11, p. 2577-2588, nov. 2007.

SCHAAR, G.; HALL, M, A. Nurse-led Initiative to Improve Obstetricians' Screening for Postpartum Depression. **Nursing for Women's Health**, v. 17, n.4, p.306-316, 2013.

SHARMA, V.; SOMMERDYK C. Are antidepressants effective in the treatment of postpartum depression? A systematic review. **Prim Care Companion CNS Disord**; v. 15, n. 6, 2013.

SHELTON, N.J.; HERRICK, K.G.. Comparison of scoring methods and thresholds of the General Health Questionnaire-12 with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **English women Public Health**, v.123, p. 789–793, 2009.

SHEEHAN, D., et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, 59(suppl 20);22-33, 1998.

STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. **Journal of Affective Disorders**, v.1, n.74, p. 67-83, 2003.

STERN, G.; KRUCKMAN, L. Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. **Social Science & Medicine**, v.15, n.17, p.1027-1041, 1983.

STOCKY, A.; LYNCH, J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. **Baillieres Best Practise Research Clinical Obstetrics Gynaecology**, v.14, n.1, p.73-74, 2000.

STREHLOW, S. L. et al. **Current Diagnosis & Treatment in Obstetrics & Gynecology**. 10. ed. New York: McGraw-Hill, 2007.

STUART, S. et al. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v.186, p.420-424, 1998.

SZIGETHY, E. M.; RUIZ, P. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. **The American Journal of Psychiatry**, v.158, n.1, p.22-27, 2001.

SYLVEN, S. M. et al. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, p.178-185, 2013.

VENKATESH, K. et al. Accuracy of Brief Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Adolescent Mothers. **Pediatrics**, v.133, n. 1, Jan. 2014.

VESGA-LOPEZ, O.; BLANCO, C.; KEYES, K. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v.65, n.7, p.805-815, 2008.

VIGOD, S. N. et al. Relation between place of residence and postpartum depression. **Canadian Medical Association Journal**, v. 185, n.13, 2013.

WALKER M. J. et al. Reported Maternal Postpartum Depression and Risk of Childhood Psychopathology. **Matern Child Health J.**, v.17, p.907-917, 2013.

WARNER, R. et al. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. **The British Journal of Psychiatry**, v.168, n.5, p. 607-611, 1996.

WEIDNER, K. et al. Protectives factors for postpartum depression. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, v.59, n.4, p.391-340, 2013.

WHIFFEN, V.E. Screening for postpartum depression: a methodological note. **Journal of Clinical Psychology**, v.44, n.3, p. 367-371, 1988.

WISNER, K. L. et al. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. **J Clin Psychiatry**, v.60, n.3, p.176-180, 1999.

WISNER, K. L. et al. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.60, n.3, p.176-180, 1999.

WISNER, K. L.; PARRY, B. L.; PIONTEK, C.M. Clinical practice Postpartum Depression. **The New England journal of medicine**, v.347, n.3, p. 194-199, 2002.

YEHIA, D. B. M.; CALLISTER, L. C.; HAMDAN-MANSOUR, A. Prevalence and Predictors of Postpartum Depression Among Arabic Muslim Jordanian Women Serving in the Military. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 27, n. 1, p. 25–33, 2013.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E.B. Obsessive-compulsive symptoms in postpartum depression: case reports. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.2, p. 155-158, 2008.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 4, p. 9-15, 2013.

APÊNDICE A - LISTA DE REFERÊNCIA DOS ARTIGOS EXCLUÍDOS

83

ARMSTRONG, S.; SMALL, R. E. The paradox of screening: Rural women's views on screening for postnatal depression. BMC Public Health , v.1, n.10, dec. 2010.
BLOCH, M. et al. The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry , v.73, n.2, p.235-241, feb. 2012.
BYATT, N. et al. Women's perspectives on postpartum depression screening in pediatric settings: a preliminary study. Arch Womens Ment Health , v. 16, n.5, p.429-432, oct. 2013.
CARAMLAU, I. et al. Mums 4 Mums: structured telephone peer-support for women experiencing postnatal depression. Pilot and exploratory RCT of its clinical and cost effectiveness. Trials , v.12, n.1, 2011.
DENNIS, C. L. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. J. Affect Disord , v.78, n.2, p.163-169, feb. 2004.
FISHER, J. et al. Uneven implementation of the National Perinatal Depression Initiative: findings from a survey of Australian women's hospitals. Aust NZ J Obstet Gyn , v.52, n.6, p.559-564, dec. 2012.
GARCIA, K. S. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation treats postpartum depression. Brain Stimul , v.3, n.1, p. 36-41, jan. 2010.
GROTE, N. K. et al. Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. Depress Anxiety , v.29, n.37, p.563-573, jul. 2012.
JARDRI, R. Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. Midwifery , v.26, n.6, p.622-629, dec. 2010.
LARA, M. A. et al. Retention rates and potential predictors in a longitudinal randomized control trial to prevent postpartum depression. Salud Mental , v.33, n.5, p.429-436, 2010.
LEWIS, B. A. et al. Examination of a telephone-based exercise intervention for the prevention of postpartum depression: design, methodology, and baseline data from The Healthy Mom study. Contemp. Clin. Trials , v.33, n.6, p. 1150-1158, nov.2012.
LIU, C. H.; TRONICK, E. Rates and predictors of postpartum depression by race and ethnicity: results from the 2004 to 2007 New York City PRAMS survey (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System). Matern Child Health , v.17, n.9, p.1599-1610, nov. 2013.
OKUN, M. L. et al. Changes in sleep quality, but not hormones predict time to postpartum depression recurrence . J Affect Disord , v.130, n.3, p. 378-384, may 2011.
O'MAHEN, H. et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. Depress Anxiety , v.30, n.7, p.679-687, jul. 2013.

PESSAGNO, R. A.; HUNKER, D. Using Short-Term Group Psychotherapy as an Evidence-Based Intervention for First-Time Mothers at Risk for Postpartum Depression. Perspectives in Psychiatric Care, v.49, n.3, p.202-209, jul. 2013.
PHIPPS, M. G. et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. Am J Obstet Gynecol, v.208, n.3, p.1-6, mar. 2013.
SAVITZ, D. A. The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. Ann Epidemiol, v.21, n.6, p.399-406, jun. 2011.
SCHAAR, G. L.; HALL, M. A nurse-led initiative to improve obstetricians' screening for postpartum depression. Nurs Womens Health, v.17, n.4, p. 306-315, aug./sept. 2013.
SIT, D. K. et al. Best practices: an emerging best practice model for perinatal depression care. Psychiatr Serv., v.60, n.11, p. 1429-1431, nov. 2009.
STAPLETON, H.; MURPHY, R.; KILDEA, S. Lost in translation: staff and interpreters' experiences of the edinburgh postnatal depression scale with women from refugee backgrounds. Issues Ment Health Nurs, v.34, n.9, p.648-657, sep. 2013.
TRUITT, F. E. et al. Outcomes for collaborative care versus routine care in the management of postpartum depression. Qual Prim Care, v.21, n.3, p. 171-177, 2013.
YOUASH, S. et al. Influence of health information levels on postpartum depression. Arch Womens Ment Health, v.16, n.6, p. 489-498, dec. 2013.

APÊNDICE B – LISTA DE REFERÊNCIA DOS ARTIGOS INCLUÍDOS

AHMED, H. M.; ALAF, S. K.; AL-TAWIL, N. G. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. <i>Arch Gynecol Obst</i> , v. 285, n. 5, p. 1249-1255, maio 2012.
ALBACAR, G. <i>et. al.</i> An association between plasma ferritin concentrations measured 48 h after delivery and postpartum depression. <i>J Affect Disord</i> , v. 131, n. 1-3, p. 136-142, jun. 2011.
ALBACAR, G. <i>et. al.</i> Thyroid function 48 h after delivery as a marker for subsequent postpartum depression. <i>Psychoneuroendocrinology</i> , v. 35, n. 5, p. 738-742, jun. 2010.
ALL DALLAL, F. H.; GRANT, I. N. Postnatal depression among Bahraini women: prevalence of symptoms and psychosocial risk factors. <i>East Mediterr Health J</i> , v. 18, n. 5, p. 439-445, maio 2012.
ANGELO, Rita de Cássia de Oliveira. Influence of body posture on the association between postpartum depression and pain. <i>Trends Psychiatry Psychother</i> , v. 36, n. 1, p. 32-39, 2014.
APTER, G. <i>et. al.</i> What Lies behind postnatal depression: is it only a mood disorder? <i>J Pers Disord</i> , v. 6, n. 3, p. 357-367, jun. 2012.
ARMONY-SIVAN, R. <i>et. al.</i> No Relationship between Maternal Iron Status and Postpartum Depression in Two Samples in China. <i>J Pregnancy</i> , v. 2012, p. 1-7, jul. 2012.
BAINES, T.; WITTKOWSKI, A.; WIECK, A. Illness perceptions in mothers with postpartum depression. <i>Midwifery</i> , v. 29, n. 7, p. 779-786, jul. 2013.
BAINES, T.; WITTKOWSKI, A.; WIECK, A. Illness perceptions associated with perinatal depression treatment use. <i>Midwifery</i> , v. 29, n. 7, p. 779-786, jul. 2013.
BANTI, S. <i>et. al.</i> From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. <i>Compr Psychiatry</i> , v. 52, n. 4, p. 343-351, jul. / ago. 2011.
BEYDOUN, H. A. <i>et. al.</i> Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. <i>Ann Epidemiol</i> , v. 20, n. 8, p. 575-583, ago. 2010.
BLOM, E. A. <i>et. al.</i> Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. <i>BJOG</i> , v. 117, n. 11, p. 1390-1398, out. 2010.

BOS, Sandra Carvalho. <i>et al.</i> Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? Revista Brasileira de Psiquiatria , São Paulo, v.35, n.1, p. 5-12, mar. 2013.
BUDHATHOKI, N. <i>et. al.</i> Violence against Women by their Husband and Postpartum Depression. J Nepal Health Res Counc , v. 10, n. 22, p. 176-180, set. 2012.
BURGUT, F. T. <i>et al.</i> A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar, J Psychosom Obstet Gynaecol , v. 34, n. 2, p. 90-97, jun. 2013.
CANTILINO, A. <i>et. al.</i> Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. J Bras Psiquiatr , v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010.
CHAE, S. Y. <i>et. al.</i> Can We Effectively Use the Two-Item PHQ-2 to Screen for Postpartum Depression? Fam Med , v. 44, n. 10, nov. 2012.
CHAUDRON, L. H. <i>et. al.</i> Accuracy of Depression Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers. Pediatrics , v. 125, n. 3, p. 609-617, mar. 2010.
CHIBANDA, D. <i>et. al.</i> Postnatal Depression by HIV Status Among Women in Zimbabwe. J Womens Health (Larchmt) , v. 19, n. 11, p. 2071-2077, nov. 2010.
CHIBANDA, D. <i>et. al.</i> Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women in a high HIV prevalence area in urban Zimbabwe. Arch Womens Ment Health , v. 13, n. 3, p. 201-206, jun. 2010.
CHIEN, L. Y.; TAI, C. J.; YEH, M. C. Domestic Decision-Making Power, Social Support, and Postpartum Depression Symptoms Among Immigrant and Native Women in Taiwan. Nurs Res , v. 61, n. 2, p. 103-110, mar. /abr. 2012.
CHOI, H. <i>et. al.</i> Predictors for exacerbation/improvement of postpartum depression—A focus on anxiety, the mothers' experiences of being cared for by their parents in childhood and borderline personality: A perspective study in Japan. J Effect Disord , v. 150, n. 2, p. 507-512. Set. 2012.
CHRISTENSEN, A. L. <i>et. al.</i> Unintended Pregnancy and Perinatal Depression Trajectories in Low-Income, High-Risk Hispanic Immigrants. Prev Sci , v. 12, n. 3, p. 289-299, set. 2011.
COELHO, H. F. <i>et. al.</i> Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: A longitudinal study. J Affect Disord , v. 129, n. 1-3, p. 348-353, mar. 2011.
COMASCO, E. <i>et. al.</i> Postpartum depression symptoms: a case-control study on monoaminergic functional polymorphisms and environmental stressors. Psychiatr Genet , v. 21, n. 1, p. 19-28, fev. 2011.

CURŽIK, D.; BEGIC, N. J. The Utility of bdi-ii in assessment of pre- and postpartum depression symptoms and their relation to labor pain. Psychiatr Danub , v. 24, n. 2, p. 167-174, jun. 2012.
DAGHER, R. K.; SHENASSA, E. D. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? Arch Womens Ment Health , v. 15, n. 1, p. 31-37, fev. 2012.
DAVEY, H. L. <i>et. al.</i> Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. Mater Child Health J , v. 15, n. 7, p. 866-875, out. 2011.
DAVIS, K. <i>et al.</i> Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: Comparisons of the PRAMS 6-item instrument, PHQ-9, and structured interviews. Arch Womens Ment Health , v.16, n. 4, p. 271-277, ago. 2013.
DENNIS, C. L. <i>et. al.</i> The effect of telephone-based interpersonal psychotherapy for the treatment of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. Trials , v. 13, n. 38, p. 1-17, abr. 2012.
DENNIS, C. L. Postpartum depression peer support: Maternal perceptions from a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud , v. 47, n. 5, p. 560-568, maio 2010.
DENNIS, C. L.; VIGOD, S. The Relationship Between Postpartum Depression, Domestic Violence, Childhood Violence, and Substance Use: Epidemiologic Study of a Large Community Sample. Violence Against Women , v. 19, n. 4, p. 503-517, abr. 2013.
DEWING, Sarah; <i>et al.</i> Food insecurity and its association with co-occurring postnatal depression, hazardous drinking, and suicidality among women in peri-urban South Africa. J. Affect Disord , v. 150, n.2, p. 460-465, set. 2013.
DUBEY, C. <i>et. al.</i> Prevalence and associated risk factors for postpartum depression in women attending a tertiary hospital, Delhi, India. Int J Soc Psychiatry , v. 58, n. 6, p. 577-580, nov. 2011.
EHRlich, M. <i>et. al.</i> Loss of Resources and Hurricane Experience as Predictors of Postpartum Depression Among Women in Southern Louisiana. J Womens Health (Larchmt) , v. 19, n. 5, p. 877-884, maio 2010.
EKEROMA, A. J. <i>et. al.</i> Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) as a screening tool for postnatal depression in Samoan and Tongan women living in New Zealand. N Z Med J , v. 125, n. 1355, p. 41-49, maio 2012.
ELISEI, S. Perinatal depression: a study of prevalence and of risk and protective factors. Psychiatria Danubina , v. 25, p. 258-262, set. 2013. Suplemento 2.
ERTEL, K. A. <i>et. al.</i> Maternal perinatal depression is not independently associated with child body mass index in the Generation R Study: methods and missing data matter. J Clin Epidemiol , v. 65, n. 12, p. 1300-1309, dez. 2012.

FAISAL-CURY, A. <i>et. al.</i> Temporal Relationship Between Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in a Sample of Low Income Women. Matern Child Health J , v. 17, n. 7, p. 1297-1303, set. 2013.
FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. Rev Bras Psiquiatr , v. 34, n. 4, p. 446-450, dez. 2012.
FARR, Sherry L. <i>et al.</i> Health Care Utilisation in the First Year of Life Among Infants of Mothers With Perinatal Depression or Anxiety. Paediatric and Perinatal Epidemiology , v. 27, n. 1, p.81-88, jan. 2013.
FLYNN, H. A. <i>et. al.</i> Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. Psychiatry Res , v. 187, n. 1-2, p. 130-134, maio 2011.
GALANTI, M. <i>et. al.</i> Postpartum depression in women with epilepsy: Influence of antiepileptic drugs in a prospective study. Epilepsy Behav , v. 16, n. 3, p. 426-430, nov. 2009.
GJERDINGEN, D. <i>et. al.</i> Stepped Care Treatment of Postpartum Depression: Impact on Treatment, Health and Work Outcomes. J Am Board Fam Med , v. 22, n. 5, p. 473-482, set. / out. 2009.
GJERDINGEN, D.; McGOVER, P.; CENTER, B. Problems with a Diagnostic Depression Interview in a Postpartum Depression Trial. J Am Board Fam Med , v. 24, n. 2, p. 187-193, mar. / abr. 2011.
GLASSER, S. <i>et. al.</i> Postpartum depression among Israeli Bedouin women. Arch Womens Ment Health , v. 14, n. 3, p. 203-208, jun. 2011.
GLAVIN, K. <i>et. al.</i> Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. J Clin Nurs , v. 19, n. 21-22, p. 3051-3062, nov. 2010.
GOODMAN, J. H.; TYE-VIOLA, L. Detection, Treatment, and Referral of Perinatal Depression and Anxiety by Obstetrical Providers. J Womens Health (Larchmt) , v. 19, n. 3, p. 477-490, mar. 2010.
GOSHTASEBI, Azita; ALIZADEH, Mozghan; GANDEVANI, Samira Behboudi. Association between Maternal Anaemia and Postpartum Depression in an Urban Sample of Pregnant Women in Iran. J Health Popul. Nutr. , v. 31, n. 3, p. 398-402, set. 2013.
GROTE, V. <i>et. al.</i> Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. BMC Pediatr , v. 10, n. 14, p. 1-8, mar. 2010.
HAMDAM, A.; TAMIM, H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. Arch Womens Ment Health , v. 14, n.2, p. 125-133, abr. 2011.

HARTLEY, C. <i>et. al.</i> Maternal postpartum depression and infant social withdrawal among human immunodeficiency virus (HIV) positive mother–infant dyads. <i>Psychol Health Med</i> , v. 15, n. 3, p. 278-287, maio 2010.
HAYES, D. K. <i>et. al.</i> Disparities in Self-Reported Postpartum Depression among Asian, Hawaiian, and Pacific Islander Women in Hawaii: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004–2007. <i>Matern Child Health J</i> , v. 14, n. 5, p. 765-773, set. 2010.
HISCOCK, Harriet; <i>et. al.</i> Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A Randomized Trial. <i>Pediatrics</i> , v. 133, n. 2, p. 1-11, fev. 2014.
HO, S. M. <i>et. al.</i> Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression A randomized controlled evaluation study. <i>Patient Educ Couns</i> , v. 77, n. 1, p. 68-71, out. 2009.
HOEDJES, M. <i>et. al.</i> Postpartum Depression After Mild and Severe Preeclampsia. <i>J Womens Health (Larchmt)</i> , v. 20, n. 10, p. 1535-1542, out. 2011.
HOOLBROOK, A.; KALTENBACH, K. Co-Occurring Psychiatric Symptoms in Opioid-Dependent Women: The Prevalence of Antenatal and Postnatal Depression. <i>Am J Drug Alcohol Abuse</i> , v. 38, n. 6, p. 575-579, nov. 2012.
HOROWITZ, J. A. <i>et. al.</i> Best practices: community-based postpartum depression screening: Results from the CARE study. <i>Psychiatr Serv</i> , v. 60, n. 11, p. 1432-1434, nov. 2009.
HOU, Y. <i>et al.</i> Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. <i>Rev. Bras. Psiquiatr.</i> , v. 36, n. 1, p. 47-52, jan. / mar. 2014.
HOWARD, L. M. <i>et. al.</i> The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the respond trial. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , v. 11, n. 57, p. 1-10, ago. 2011.
HUSAIN, N. <i>et al.</i> Detecting Maternal Depression in a Low-Income Country: Comparison of the Self-Reporting Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. <i>Journal of Tropical Pediatrics</i> , v. 60, n. 2, 2014.
IKEDA, Mari; KAMIBEPPU, Kiyoko. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , v.13, n.112, p. 1-11, 2013.
JARDRI, R. <i>et. al.</i> Pain as a confounding factor in postnatal depression screening. <i>J Psychosom Obstet Gynaecol</i> , v. 31, n. 4, p. 252-255, dez. 2010.

KHEIRABADI, G. R. <i>et al.</i> Risk Factors of Postpartum Depression in Rural Areas of Isfahan Province, Iran. Arch Iran Med , v. 12, n. 5, p. 461-467, set. 2009.
KIM, H. G. <i>et al.</i> Screening for Postpartum Depression Among Low-Income Mothers Using an Interactive Voice Response System. Matern Child Health J , v. 16, n. 4, p. 921-928, maio 2012.
KIRPINAR, I. <i>et al.</i> Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. J Clin Nurs , v. 19, n. 3-4, p. 422-431, fev. 2010.
KORNFELD, B. D. <i>et al.</i> Postpartum Depression and Intimate Partner Violence in Urban Mothers: Co-Occurrence and Child Healthcare Utilization. J Pediatr , v. 161, n. 2, p. 348-352, ago. 2012.
KOZINSZKY, Z. <i>et al.</i> Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. Soc Psychiatry Epidemiol , v. 46, n. 5, p. 413-423, maio 2011.
KRAUSE, K. M.; ØSTBYE, T.; SWAMY, G. K. Occurrence and Correlates of Postpartum Depression in Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum (AMP) Study. Matern Child Health J , v. 13, n. 6, p. 832-838, nov. 2009.
LaCOURSIERE, D. Y. <i>et al.</i> The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. BJOG , v. 118, n. 8, p. 1011-1018, jul. 2010.
LaCOURSIERE, D. Y.; HIRST, K. P.; BARRETT-CONNOR, E. Depression and Pregnancy Stressors Affect the Association Between Abuse and Postpartum Depression. Matern Child Health J , v. 16, n. 4, p. 929-935, maio 2012.
LANES, A.; KUK, J. L.; TAMIM, H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. BMC Public Health , v. 11, n. 302, p. 1-9, 2011.
LARA, M. A. <i>et al.</i> Evaluation of the Psychometric Measures for the Postpartum Depression Screening Scale–Spanish Version for Mexican Women. Journal Of Transcultural Nursing , v. 24, n. 4, p. 378-386, out. 2013.
LAU, Y. <i>et al.</i> Validation of the Mainland Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Chengdu mothers. Int J Nurs Stud , v. 47, n. 9, p. 1139-1151, set. 2010.
LAU, Y.; WONG, D. F.; CHAN, K. S. The utility of screening for perinatal depression in the second trimester among Chinese: a three-wave prospective longitudinal study. Arch Womens Ment Health , v. 13, n. 2, p. 153-164, abr. 2010.

LE, H. N. <i>et. al.</i> The Postpartum Depression Screening Scale-Spanish Version: Examining the Psychometric Properties and Prevalence of Risk for Postpartum Depression. <i>J Immigr Minor Health</i> , v. 12, n. 2, p. 249-258, abr. 2010.
LE, H. N.; PERRY, D. F.; STUART, E. A. Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention for Perinatal Depression in High-Risk Latinas. <i>J Consult Clin Psychol</i> , v. 79, n. 2, p. 135-141, abr. 2011.
LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G.; CORCORAN, P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. <i>J Clin Nurs</i> , v. 21, n. 3-4, p. 388-397, fev. 2012.
LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G.; CORCORAN, P. Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. <i>Arch Psychiat Nurs</i> , v. 25, n. 3, p. 174-184, jun. 2011.
LEUNG, S. S. <i>et. al.</i> Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. <i>J Publ Health (Oxf)</i> , v. 33, n. 2, p. 292-301, jun. 2011.
LI, L. <i>et. al.</i> Chinese Version of the Postpartum Depression Screening Scale. <i>Nurs Res</i> , v. 60, n. 4, p. 231-239, jul. / ago. 2011.
LOBATO, G. <i>et. al.</i> Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. <i>Arch Womens Ment Health</i> , v. 14, n. 3, p. 187-193, 2011.
LOGSDON, M. C.; USUI, W. M.; NERING, M. Validation of Edinburgh postnatal depression scale for adolescent mothers. <i>Arch Womens Ment Health</i> , v. 12, n. 6, p. 433-440, dez. 2009.
LUCERO, M. B. <i>et. al.</i> Prevalence of postpartum depression among Hispanic immigrant women. <i>J Am Acad Nurse Pract</i> , v. 24, n. 12, p. 726-734, dez. 2012.
MAIA, B. R. <i>et. al.</i> The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. <i>Arch Womens Ment Health</i> , v. 15, n. 6, p. 459-468, dez. 2012.
MAIA, B. R. <i>et. al.</i> Epidemiology of perinatal depression in portugal Categorical and Dimensional Approach. <i>Acta Med Port</i> , v. 24, p. 443-448, dez. 2011. Suplemento 2.
MANN, R.; ADAMSON, J.; GILBODY, S. M. Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. <i>CMAJ</i> , v. 184, n. 8, p. 424-430, maio 2012.
MAO, H. J. <i>et. al.</i> Effectiveness of Antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. <i>Perspect Psychiatr Care</i> , v. 48, n. 4, p. 218-224, out. 2012.

MARKHUS, M. W. <i>et al.</i> Low Omega-3 Index in Pregnancy Is a Possible Biological Risk Factor for Postpartum Depression. PLos One , v.8, n.7, p. 1-12, jul. 2013.
MARQUES, M. <i>et al.</i> Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology? Psychiatry Res , v. 186, n. 2-3, p. 272-280, abr. 2011.
McMAHON, C. A. <i>et al.</i> Older first-time mothers and early postpartum depression: a prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. Fertil Steril , v. 96, n. 5, p. 1218-1224, nov. 2011.
MELO JR., E. F. <i>et al.</i> The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. J Affect Disordn , v. 136, n. 3, p. 1204-1208, fev. 2012.
MELTZER-BRODY, S. <i>et al.</i> Elevated Corticotropin Releasing Hormone (CRH) during Pregnancy and Risk of Postpartum Depression (PPD). J Clin Endocrinol Metab , v. 96, n. 1, p. 40-47, jan. 2011.
MELTZER-BRODY, S. <i>et al.</i> Eating Disorders and Trauma History in Women with Perinatal Depression. J Womens Health (Lachmt) , v. 20, n. 6, p. 863-870, jun. 2011.
MELTZER-BRODY, S. <i>et al.</i> The EPDS-Lifetime: assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. Arch Womens Ment Health , v. 16, n. 6, p. 465-473, dez. 2013.
MERCIER, R. J. <i>et al.</i> Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. BJOG , v. 120, n. 9, p. 1116-1122, ago. 2013.
MILLER, L. J. <i>et al.</i> Now What? Effects of On-Site Assessment on Treatment Entry After Perinatal Depression Screening. J Womens Health (Larchmt) , v. 21, n. 10, p. 1046-1052, out. 2012.
MILLER, R. <i>et al.</i> Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. Arch Womens Ment Health , v. 12, n. 5, p. 329-334, out. 2009.
MOHAMMAD, K. I.; GAMBLE, J.; CREEDY, D. K. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. Midwifery , v. 27, n. 6, p. 238-245, dez. 2011.
MOKHBER, N. <i>et al.</i> Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med , v. 24, n. 1, p. 104-108, jan. 2011.
MORAIS, Maria de Lima Salum e; LUCCI, Tania Kiehl; OTTA, Emma. Postpartum depression and child development in first year of life. Estud. Psicol. , Campinas, v. 30, n. 1, p. 7-17, jan. / mar. 2013.

MORI, T. <i>et. al.</i> Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. J Affect Disord , v. 135, n. 1-3, p. 341-346, dez. 2011.
MYIAKE, Y. <i>et. al.</i> Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. J Affec Disord , v. 130, n. 1-2, p. 133-137, abr. 2011.
NGAI, F. W. <i>et. al.</i> The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: A quasi-experiment. Int J Nurs Stud , v. 46, n. 10, p. 1298-1306, out. 2009.
NGAI, F. W.; CHAN, S. W. Learned Resourcefulness, Social Support, and Perinatal Depression in Chinese Mothers. Nurs Res , v. 61, n. 2, p. 78-85, mar. / abr. 2012.
NYLEN, K. J. <i>et. al.</i> Predictors of the Longitudinal Course of Postpartum Depression Following Interpersonal Psychotherapy. J Consult Clin Psychol , v. 78, n. 5, p. 757-763, out. 2010.
O'HARA, M. W. <i>et. al.</i> Brief Scales to Detect Postpartum Depression and Anxiety Symptoms. J Womens Health (Larchmt) , v. 12, n. 12, p. 1237-1243, dez. 2012.
O'HIGGINS, M. <i>et al.</i> Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. Arch Womens Ment Health , v. 16, n. 5, p. 381-389, out. 2013.
OKUBO, H. <i>et. al.</i> Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. Br J Nutr , v. 105, n. 8, p. 1251-1257, abr. 2011.
OZBASARAN, F.; COBAN, A.; KUCUK, M. Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. Arch Gynecol Obstet , v. 283, n. 3, p. 483-490, mar. 2011.
PANTHANGI, V. <i>et. al.</i> Is Seasonal Variation Another Risk Factor for Postpartum Depression? J Am Board Fam Med , v. 22, n. 5, p. 492-497, set. / out. 2009.
PANYAYONG, B. Postpartum Depression Among Thai Women: A National Survey. J Med Assoc Thai , v. 96, n.7, p. 761-767, jul. 2013.
PEREIRA, A. T. <i>et. al.</i> Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: as accurate as the original form. Arch Womens Ment Health , v. 16, n. 1, p. 67-77, fev. 2013.
PEREIRA, A. T. <i>et. al.</i> The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. J Psychosom Obstet Gynaecol , v. 31, n. 2, p. 90-100, jun. 2010.

PETROZZI, A.; GAGLIARDI, L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. J. Perinat. Med , v. 41, n. 4, p. 343-348, jul. 2013.
PHILLIPS, J. <i>et. al.</i> Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. J Affect Disord , v. 118, n. 1-3, p. 101-112, nov. 2009.
PINSONNEAULT, J. K. <i>et al.</i> Association study of the estrogen receptor gene ESR1 with postpartum depression—a pilot study. Arch Womens Ment Health , v. 16, n.6, p. 499-509, dez. 2013.
PODOLSKA, M. Z. <i>et. al.</i> Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. Med Sci Monit , v. 16, n. 9, p. 77-81, set. 2010.
QUELOPANA, A. L.; CHAMPION, J. D.; REYES-RUBILAR, T. Factors Associated With Postpartum Depression in Chilean Women. Health Care Women Int , v. 32, n. 10, p. 939-949, out. 2011.
RAMBELLI, C. <i>et. al.</i> Panic disorder as a risk factor for post-partum depression Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study. v. 122, n. 1-2, p. 139-143, abr. 2010.
RAUH, C. <i>et. al.</i> Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. Arch Gynecol Obstet , v. 286, n. 6, p. 1407-1412, dez. 2012.
REICHENHEIM, M. E. <i>et. al.</i> Revisiting the dimensional structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): empirical evidence for a general factor. BMC Med Research Methodol , v. 11, n. 93, p. 1-12, jun. 2011.
ROGERS, Cynthia E. <i>et al.</i> Identifying Mothers of Very Preterm Infants At-risk for Postpartum Depression and Anxiety Prior to Discharge. J Perinatol , v.33, n.3, p. 171-176, mar. 2013.
ROSS, L. E. <i>et. al.</i> Rural residence and risk for perinatal depression: a Canadian pilot study. Arch Womens Ment Health , v. 14, n. 3, p. 175-185, jun. 2011.
SERHAN, N. <i>et. al.</i> Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. J Clin Nurs , v. 22, n.1-2, p. 279-284, jan. 2013.
SHARP, D. J. <i>et. al.</i> A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: the respond trial. Health Technol Assess , v. 14, n. 43, p. 1-53, set. 2010.
SILVA, R. <i>et. al.</i> Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. Rev Bras Psiquiat , v. 34, n. 2, p. 143-148, jun. 2012.

SHELTON, N. J.; HERRICK, K. G. Comparison of scoring methods and thresholds of the General Health Questionnaire-12 with the Edinburgh Postnatal Depression Scale in English women. Public Health , v. 123, n. 12, p. 789-793, dez. 2009.
SIU, B. W. <i>et al.</i> Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of chinese women at maternal and child health centres. BMC Psychiatry , v. 12, n. 22, 2012.
SKALKIDOU, A. <i>et al.</i> Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case—control study within the UPPSAT cohort. Psychoneuroendocrinology , v. 34, n. 9, p. 1329-1337, out. 2009.
SKRUNDZ, M. <i>et al.</i> Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. Neuropsychopharmacology , v. 36, n. 9, p. 1886-1893, ago. 2011.
SONGØYGARD, K. M. <i>et al.</i> Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression? A randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand , v. 91, n. 1, p. 62-67, jan. 2012.
STOCK, A. <i>et al.</i> Postnatal depression in mothers bringing infants to the emergency department, BMJ Arch of Disease in Childhod , v.98, p. 36-40, 2013
SWORD, W. <i>et al.</i> Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. BJOG , v. 118, n. 8, p. 966-977, jul. 2011.
SYLVEN, S. M. <i>et al.</i> Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand , v. 92, n. 2, p. 178-184, fev. 2013.
SYLVÉN, S. M. <i>et al.</i> Seasonality patterns in postpartum depression. Am J Obstet Gynecol , v. 204, n. 5, p. 413, maio 2011.
TANDON, S. D. <i>et al.</i> A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. J Affect Disord , v. 136, n.1-2, p. 155-162, jan. 2012.
TANDON, S. D. Preventing Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients: A Randomized Controlled Trial. J Consult Clin Psychol , v. 79, n. 5, p. 707-712, out. 2011.
TESTFAYE, M. <i>et al.</i> Detecting postnatal common mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Kessler Scales. J Affect Disord , v. 122, n. 1-2, p. 102-108, abr. 2010.
VENKATESH, Kartik K. <i>et al.</i> Accuracy of Brief Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Adolescent Mothers. Pediatrics , v. 133, n. 1, p. 45e-53e, jan. 2014.
VIGOD, Simone N. <i>et al.</i> Relation between place of residence and postpartum depression. CMAJ , v. 185, n. 13, p. 1129-1135, set. 2013.

VIVILACK, V. G. <i>et. al.</i> The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. BMC Public Health , v. 9, n. 329, p. 1-11, set. 2009.
WALKER, M. J. <i>et. al.</i> Reported Maternal Postpartum Depression and Risk of Childhood Psychopathology. Matern Child Health J , v. 15, n. 5, p. 907-917, jul. 2013.
XIE, R. H. <i>et. al.</i> Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women with a High Cesarean Delivery Rate. J Womens Health (Larchmt) , v. 20, n. 12, p. 1881-1886, dez. 2011.
XIE, R. H. <i>et. al.</i> Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. Aust N Z J Obstet Gynaecol , v. 50, n. 4, p. 340-345, ago. 2010.
YAĞMUR, Y.; ULUKOCA, N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. Int J Public Health , v. 55, n. 6, p. 543-549, dez. 2010.
YAWN, B. P. <i>et. al.</i> TRIPPD: A Practice-Based Network Effectiveness Study of Postpartum Depression Screening and Management. Ann Fam Med , v. 10, n. 4, p. 320-329, jul. / ago. 2012.
YAWN, B. P. <i>et. al.</i> Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to Assess Increased Risk of Depression among Postpartum Women. J Am Board Fam Med , v. 22, n. 5, p. 483-491, et. /out. 2009.
YEHIA, D. B.; CALLISTER, L. C.; HANDAM-MANSOUR, A. Prevalence and Predictors of Postpartum Depression Among Arabic Muslim Jordanian Women Serving in the Military. J. Perinat Neonatal Nurs , v. 267, n. 1, p. 25-33, jan. / mar. 2013.
ZACONETA, A. AM. <i>et al.</i> Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V.35, n. 3, p. 130-135, mar. 2013.
ZHANG, Y. <i>et. al.</i> Relationship between domestic violence and postnatal depression among pregnant Chinese women. Int J Gynaecol Obst , v. 116, n. 1, p. 26-30, jan. 2012.
ZUBARAN, C. <i>et al.</i> Validation of a screening instrument for postpartum depression in Southern Brazil. J Psychosom Obstet Gynaecol , v. 30, n. 4, p. 244-254, dez. 2009.
ZUBARAN, C. <i>et. al.</i> The Correlation Between Postpartum Depression and Health Status. Matern Child Health J , v. 14, n. 5, p. 751-757, set. 2010.
ZUBARAN, C; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. Sex Reprod Healthc , v. 4, n. 1, p. 9-15, mar. 2013.

ANEXO A – TABELA TESTE KAPPA

Values of Kappa	Interpretation
<0	No agreement
0-0.19	Poor agreement
0.20-0.39	Fair agreement
0.40-0.59	Moderate agreement
0.60-0.79	Substantial agreement
0.80-1.00	Almost perfect agreement

Fonte: LANDIS, JR, Koch G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics** 1977; **33**: 159-174.