

A Violência Sexual é um Fator de Risco Para Depressão pós-parto?

1. Resumo

INTRODUÇÃO: A violência sexual (VS) determina importante agravo à saúde das mulheres e pode acarretar inúmeras conseqüências para a saúde física e psicológica das vítimas. A depressão pós-parto é assunto preterido pelos obstetras e dificilmente investigado de maneira apropriada, o que dificulta diagnóstico e tratamento adequados. A relevância destes temas na assistência às mulheres deu ensejo a este estudo

METODOLOGIA: O estudo foi realizado no Hospital São Paulo e na Maternidade Amparo Maternal entre outubro de 2006 e abril de 2007. Foram entrevistadas 160 puérperas até uma semana após o parto com o uso de questionários validados.

RESULTADOS: A prevalência de VS na população estudada foi de 13,3%. 19,4% apresentaram risco aumentado para depressão pós-parto. Dentre as mulheres com histórico positivo para VS, 38% apresentaram RADPP, em oposição á 16,5% na população que não referiu este evento.

CONCLUSÕES: 1- As prevalências de VS e RADPP nesta população são compatíveis com as relatadas na literatura. 2- Os resultados de nosso estudo sugerem associação entre o histórico de VS e RADPP ($p= 0,0199$; $OR= 3,104$; $IC\ 95\% 0,98-9,12$).

2. Introdução

A violência sexual (VS) determina importante agravo à saúde das mulheres e tem prevalência que varia conforme a população estudada. Em nosso meio, Schraiber et al.¹ (2002) encontraram prevalência de 11,5% de mulheres atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde.

É situação que atinge todas as classes sociais e faixas etárias, embora mais prevalente em mulheres jovens^{2,3}. Não obstante sua gravidade e impacto social, a violência sexual permanece subnotificada. Acredita-se que menos de 20% dos casos cheguem ao conhecimento das autoridades^{4,5}.

Contribuem para esta subnotificação o sentimento de culpa, o medo de vingança, o desconhecimento dos direitos legais e a falta de suporte policial e judiciário^{2,6}. Além disso, em países em desenvolvimento e em processo de consolidação das instituições liberais, prevalece cultura machista que protege ou busca justificar a atitude do agressor⁷.

A violência sexual pode trazer como conseqüências físicas imediatas gestação indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a médio e longo prazo pode determinar seqüelas físicas como dor lombar crônica, distúrbios gastrointestinais^{8,9,10}, queixas ginecológicas tais como mastalgia, dismenorréia, dispareunia, anorgasmia e dor pélvica^{11,12} e ainda problemas psicossociais como baixa auto-estima, abuso de substâncias, tendência suicida e depressão^{8,9,13 14}.

No elenco das possíveis conseqüências psicológicas da violência sexual, estudos têm buscado compreender se existe relação entre violência sexual, em diferentes fases da vida, e quadros de depressão diagnosticados no período posterior ao nascimento de um filho. Isto porque a gravidez e o parto são momentos em que a mulher tem seus sentimentos aflorados e magnificados.

Em apoio a esta possível associação, o U.S. Department of Health and Human Services, em razão do recrudescimento da incidência depressão pós-parto (DPP), recentemente recomendou a realização de novos estudos que buscassem elucidar possíveis riscos para a mesma¹⁵.

A literatura tem apresentado dados inconclusivos quanto a esta associação: Records e Rice (2005)¹⁵ afirmam que a prevalência de DPP em mulheres abusadas

emocional ou sexualmente foi significativamente maior que a das não abusadas na primeira semana e dois e três meses após o parto. Apesar disso os dados não obtiveram significância e os autores sugerem a necessidade de se realizar outros estudos com casuística maior .

Buist e Barnett (1995) ¹⁶, por outro lado, não encontraram qualquer relação entre abuso ocorrido na infância e maior ocorrência de depressão pós-parto,

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV), os critérios usados para definir depressão pós-parto incluem a duração do evento em pelo menos duas semanas, com no mínimo cinco dos seguintes sintomas: humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar, de concentrar-se ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte¹⁷.

Embora ainda pouco diagnosticada, trabalhos nacionais observaram prevalência de depressão pós parto variando de 12% a 15%^{18,19}. Estes dados são compatíveis com a literatura internacional , que refere prevalência de 10 a 20%^{20,21}.

A DPP vem sendo associada ainda a inúmeros fatores de risco como stress na vida, gravidez não planejada, baixo nível sócio-econômico, antecedentes psiquiátricos e baixa auto-estima²², ainda assim é assunto preterido no currículo das escolas médicas²³. Conseqüência disso é que a maioria dos casos de DPP não recebe diagnóstico e tratamento adequados²⁴.

As mulheres que desenvolvem depressão pós parto lutam contra a inabilidade para sentir alegria e a falta de motivação pra celebrar seu recém nascido²⁵. Elas se esforçam para manter os antigos papéis e fazer a transição para a recém adquirida função de mãe.

O sentimento de incapacidade ao encarar as atividades de vida diária impacta negativamente na capacidade da nova mãe de gozar e interagir com a criança. A dinâmica familiar e a autopercepção da mãe sobre seus sentimentos exacerbam o sofrimento e a depressão²⁶.

Tanto a VS como a DPP são eventos que podem determinar importantes agravos à saúde da mulher e de seu filho²⁷, sendo ainda mais significativa se uma violência sofrida em algum momento da vida aumentar o risco de quadro depressivo após o nascimento de um filho.

Entendendo a importância desses temas para a Obstetrícia e para a Saúde Pública^{28,29} tivemos o desejo de avaliar a prevalência de VS e de DPP em puérperas, e ao mesmo tempo apurar se história prévia de VS está relacionada ao risco aumentado para desenvolver depressão, rastreado logo após o parto.

Este estudo teve como objetivos:

- Estimar a prevalência de violência sexual em algum momento da vida de puérperas atendidas em dois hospitais públicos da cidade de São Paulo;
- Estimar a prevalência de risco aumentado para depressão pós-parto nessas puérperas, no período imediato ao parto e
- Investigar a associação entre antecedente de violência sexual e risco aumentado para depressão puerperal no pós-parto imediato.

3. Pacientes e métodos:

3.1. Caracterização do estudo

Trata-se de estudo de natureza híbrida, predominantemente observacional descritivo, tipo corte transversal com um componente caso-controle, fundamentado nos dados obtidos de 160 puérperas entrevistadas no Hospital São Paulo e na Maternidade Amparo Maternal entre os meses de outubro de 2006 e maio de 2007.

3.2 Sujeito e critérios de inclusão

Foram abordadas 164 puérperas internadas nas enfermarias dos respectivos hospitais. Destas, 160 concordaram em participar do estudo. As quatro que se recusaram alegaram nervosismo, ansiedade pela espera do parceiro, necessidade do uso do telefone e recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram considerados critérios de inclusão para estas puérperas: ter tido parto vaginal e/ou cesáreo, idade superior a 14 anos, gestações de baixo risco e parturirem feto vivo a termo e como critérios para exclusão a recusa, por qualquer motivo, em participar da pesquisa, a incapacidade cognitiva para responder ao questionário e a presença de patologias clínico-cirúrgico-obstétricas que determinassem queixa de desconforto materno importante.

3.3. Momento e técnica

As pacientes foram escolhidas aleatoriamente e consentiram voluntariamente em participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, pela mesma entrevistadora, nas enfermarias de puerpério, até uma semana após o parto, e consistiram na aplicação de três questionários, quais sejam:

- (1) Inventário demográfico/obstétrico,
- (2) Inquérito de violência sexual e
- (3) Questionário EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) para depressão pós-parto.

3.4. Instrumentos e critérios

Nesta pesquisa, caracterizamos como violência sexual a consumação e/ou a coerção ao ato sexual contra o desejo da mulher agredida., esta agressão foi caracterizada através de questionário baseado no *Sexual Abuse Assessment*

Para a análise do risco aumentado para depressão pós parto (RADPP), foi empregada a Escala de Edimburgo³⁰ para depressão pós-parto (EPDS), instrumento composto por dez questões de múltiplas escolha, desenhado especificamente para o rastreamento da depressão pós parto e amplamente utilizado internacionalmente para fins de identificação de risco e avaliação da sintomatologia depressiva²⁶, validado no Brasil por Santos *et al*³².

Dados da literatura demonstram que classicamente a DPP ocorre entre 4 e 6 semanas após o parto³³ e que as modificações no humor da puérpera no pós parto imediato podem ser confundidas com um fenômeno conhecido como “baby blues”, e não corresponderem a DPP propriamente dita³⁴.

Estudos sugerem que um ponto de corte de 9/10 apresenta alta sensibilidade para rastreamento da doença na comunidade^{35,36} com sensibilidade entre 84–100% e especificidade de 82–88%³⁵. O risco para desenvolver DPP em 4 semanas chegou a 30,3 vezes em comparação a mulheres com score inferior ao ponto de corte adotado³⁷.

Foi considerado como risco aumentado em desenvolver depressão puerperal pacientes que obtiveram escores superiores ou iguais a 10 no EPDS, conforme preconizado por Santos et al no estudo de validação do questionário EPDS no Brasil^{32,38}.

3.5. Análise estatística

Procedeu-se à análise estatística para determinar se o antecedente de violência sexual é fator de risco para desenvolver depressão pós-parto.

Os resultados dos questionários foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e analisadas pelo Software Estatístico Stata 8.0 para Windows, para construção de tabelas e gráficos. Verificou-se a associação entre as variáveis qualitativas pelo teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 0,05 ($\alpha = 5\%$).

3.6. Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp-EPM (Processo 1696-06) e foi obtida autorização da Maternidade Amparo Maternal para realização do estudo com as pacientes sob seu cuidado.

Todas as puérperas incluídas foram informadas sobre o caráter sigiloso do estudo, concordaram em participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.Resultados

4.1 Caracterização da amostra

A população estudada é predominantemente jovem (média de 23,18 anos), parda ou negra (59,37%), possui ensino fundamental completo, não trabalha fora (72,5%), tem paridade média de 1,87 filhos/mulher, pouco inferior aos 2,22 esperados para a região e nível de escolaridade ³⁹, mantém relação estável (88,75%), não teve gestação planejada (63,7%) e em sua maioria teve via de parto vaginal.

4.2 Prevalência da violência sexual

A prevalência de VS encontrada neste estudo foi de 13,13%. Este dado é semelhante aos referidos por outros inquéritos nacionais que indicam prevalências variando de 4,5% a 11,5 %^{1,11,40}.

Esta prevalência encontra-se também dentro da faixa relatada na literatura internacional que varia de 8,1% em mulheres suecas⁴¹ a 20,4% em mulheres adultas norte-americanas⁴², e cuja discrepância deve-se, provavelmente, a conceitos diferentes acerca de violência sexual e à utilização de instrumentos e momentos diversos de rastreamento.

Tabela 1- Prevalência de história de violência sexual, investigada em puérperas.

	Número Absoluto	Porcentagem
<i>Não violência</i>	139	86,87%
<i>Violência</i>	21	13,13%

4.3. Prevalência do risco aumentado para depressão pós- parto

A prevalência de risco aumentado para DPP na população estudada foi de 19,4%. Este achado é compatível ao encontrado na literatura estrangeira que relata valores variando de 10% a 20%^{20,21}, e com trabalhos brasileiros nos quais a prevalência da patologia varia entre 12% e 15 %^{18,19} para diferentes momentos de avaliação e diferentes pontos de corte²².

Tabela 2- Distribuição das respostas ao questionário EPDS

Score no EPDS	Entre 0 e 10	Entre 10 e 20	Entre 20 e 30
N	129	25	6
%	80,6%	15,6%	3,8%

Como se vê na tabela 2, 31 mulheres ao responder o questionário atingiram $\text{escore} \geq 10$, tendo sido, portanto, classificadas como de risco para DPP,

Tabela 3– Frequências obtidas das repostas às questões do EPDS analisando as variáveis que definem a depressão pós-parto

Questão	Sintoma	0		1		2		3	
		N	%	n	%	N	%	N	%
1	Rir/grça	117	73,12%	21	13,1%	15	9,4%	7	4,38%
2	Prazer	122	76,25%	20	12,5%	8	5%	10	6,25%
3	Culpa	113	70,65%	14	8,75%	25	15,6%	8	5%
4	Ansiedade	39	24,38%	22	13,75%	34	21,25%	65	40,62%
5	Assustada	113	70,65%	10	6,25%	29	18,1%	8	5%
6	Sufocada	100	62,5%	24	15%	21	13,1%	15	9,4%
7	Perda do sono	128	80%	12	7,5%	16	10%	4	2,5%
8	Tristeza	104	65%	24	15%	16	10%	16	10%
9	Choro	96	60%	31	19,38%	16	10%	17	10,62%
10	Suicídio	138	86,25%	12	7,5%	8	5%	2	1,25%

O sintoma de ansiedade foi amplamente o mais relatado: até 40% das entrevistadas relataram sentirem-se ansiosas “muitas vezes” nos últimos sete dias. O sintoma que obteve maior expressividade na análise do questionário após a ansiedade, foi o choro, mas com prevalência bem inferior, de 10,62%.

4.4. Análise da associação

A análise estatística da associação sugere que existe relação entre histórico de violência sexual e risco aumentado para depressão pós-parto ($p= 0,0199$; $OR= 3,104$; $IC\ 95\% 0,98-9,12$).

Tabela 4- Associação entre VS e RADPP em uma amostra de puéperas dos hospitais São Paulo e Amparo Maternal

		RADPP				Total	
		Sim		Não			
VS	Sim	8	38%	13	62%	21	13,1%
	Não	23	16,5%	116	83,5%	139	86,9%
	Total	31	19,4%	129	80,6%	160	100%

5. Discussão

A baixa escolaridade média dos pais e das próprias entrevistadas e o alto índice de gestações não planejadas, indicadores de difícil acesso a métodos contraceptivos e baixo grau de instrução, além das características do serviço onde a maior parte das entrevistas foi realizada, são indícios de que se trata de população de baixa renda.

As prevalências de violência sexual e de risco aumentado para depressão pós-parto são compatíveis com as relatadas na literatura e dão a dimensão da gravidade dos problemas estudados.

Significam que aproximadamente uma em cada dez mulheres da população estudada, representativa das usuárias de serviço público do município de São Paulo, já sofreu algum tipo de violência sexual e que quase duas em cada dez delas estão em risco para desenvolver depressão pós-parto.

Este achado demonstra a grande importância destes eventos para a Saúde Pública e da necessidade de todo obstetra saber reconhecê-los.

Os resultados de nosso estudo sugerem associação entre o histórico de violência sexual e risco aumentado para depressão puerperal, e definem por conseguinte a violência sexual como fator de risco para depressão pós-parto.

Sendo assim, seria importante a adoção do histórico de VS como parte de perfil de alto risco para DPP¹⁵. Acreditamos que a inclusão de inventário sexual em anamnese ginecológica de rotina também pudesse auxiliar o diagnóstico etiológico de queixas e/ou algumas doenças crônicas físicas ou mentais. E ainda, que a introdução destas perguntas na rotina obstétrica possa constituir fator de melhor assistência através do diagnóstico precoce e terapêutica adequada.

Entendemos também que medidas educativas como orientação a respeito da existência e dos sintomas da DPP devem fazer parte do acompanhamento pré-natal, ao lado de orientações rotineiras a respeito da amamentação e outras questões pertinentes.

A abordagem de risco para DPP, e não de rastreamento desta, é oportuna por permitir que as puérperas identificadas como de risco, possam ser acompanhadas de maneira particularizada a fim de receberem tratamento adequado e terem atenuadas suas conseqüências.

Portanto, o uso do EPDS, que é de fácil entendimento e aplicação⁴⁴, como ferramenta de screening no pós parto imediato, ainda na maternidade, pode contribuir, em muito, na assistência adequada à saúde das mulheres e seus filhos³⁷.

È necessário ressaltar que, como afirma Zinga e associados⁴⁵, a DPP ainda não pode ser prevenida, apesar das estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais já tentadas. Ainda assim a detecção e tratamento precoces diminuem o sofrimento impingido à mãe e à família por esta patologia e melhoram a interação mãe e filho⁴⁶.

No intuito de explicar a associação entre violência sexual e DPP, Buist *et al*⁴⁷ propõem que abuso físico ou sexual são fatores predisponentes possivelmente por desencadear reação de stress pós traumático.

Uma outra abordagem possível de interrelação destes eventos é o componente sexual da maternidade e do parto em si. Por serem experiências intimamente relacionadas à sexualidade da mulher, podem trazer à tona impressões e memórias do passado sexual que estava ocultado no inconsciente, e desta maneira fazer com que a mulher vivencie novamente o mal estar suscitado por este episódio.

A VS não deve ser encarada como tabu pela equipe de saúde, não raro os únicos com os quais as vitimas se sentem seguras em partilhar o episódio, pois esta postura equivocada só contribui para a nefasta invisibilidade, que não obstante ser silenciosa, é extremamente deletéria para a paciente^{22,48}.

Existe, entretanto, uma enorme dificuldade dos médicos e da equipe multidisciplinar em abordar questões relacionadas á violência e à sexualidade por acreditarem não poder intervir adequadamente quando de posse das informações⁴⁹.

Estes são mitos nocivos á qualidade da assistência fornecida á mulher e cabe às escolas médicas a função de desmistificá-los. É compromisso social destas preparar o

profissional de saúde e em particular o médico obstetra para identificar os fatores de risco, prevenir quando possível, e sempre tratar e aliviar o sofrimento. Ao se furtarem de ensinar e qualificar o profissional para a abordagem destes temas estarão perpetuando o ciclo vicioso de comorbidade e reincidência^{46,50}.

Não foi encontrado na literatura, outro estudo nacional que buscasse compreender a associação entre VS e DPP em nossa população e, portanto, este estudo vem contribuir para a elucidação destes fenômenos.

Por fim a adoção de políticas públicas que coíbam a violência sexual, reduzam a subnotificação e diminuam a impunidade, são do interesse não só do senso de moralidade de todos nós e da segurança pública, como também de saúde pública, uma vez entendidas as diversas, entre as quais agora também figura a depressão pós parto, comorbidades dela decorrentes ou a ela associadas e os custos emocionais e econômicos que acarreta ao sistema de saúde e às vítimas.

6. Conclusões

As prevalências de abuso sexual e de risco aumentado para depressão pós-parto são elevadas, 13,13% e 19,4%, respectivamente, e dão a dimensão da gravidade dos problemas estudados.

Os resultados de nosso estudo sugerem associação entre o histórico de violência sexual e risco aumentado para depressão puerperal.

7. Bibliografia

1. Schraiber Lilia Blima, D'Oliveira, Ana Flávia PL, França-Junior, Ivan et al. Violence against women: a study in a primary healthcare unit. *Rev. Saúde Pública*, Aug. 2002; 36(4):470-477
2. Ministério da Saúde. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Área Técnica Saúde da Mulher, Departamento de Gestão de Políticas Estratégica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da saúde; 1999
3. Diegoli C, Diegoli M. A violência social e o abuso sexual contra a mulher. *Jornal da Febrasgo* 1999; 4:6-7
4. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG practice patterns: Emergency oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56:290-7.
5. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1996.p.134-49
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin: sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60:297-304
7. Oshikata TC, Bedone AJ, Faundes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: Características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Publica* vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan/Feb. 2005
8. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *South Med J* 1991; 84: 328-31
9. McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside pandora's box. Abused women's experiences with clinician and health services. *J GenIntern Med* 1998; 13: 549 -55

10. Drossman DA, Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30 Suppl 208: 90-6
11. Faúndes A, Hardy E, Osis MJD, Duarte G. O risco de queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual . *Ver Brás Ginecol Obstet* 2000; 22: 153-7
12. Reiter RC, Shankerin LR, Gambone JC, Milburn AK,. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 104-9
13. Mullen PE, Romans- Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of physical and sexual abuse on women´s mental health. *Lancet* 1988; 1: 841-5
14. Fox KM, Gilbert BO. The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse, incest and parental alcoholism. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 849-58
15. K. Records, M. Rice. A Comparative Study of Postpartum Depression in Abused and Nonabused Women. *Archives of Psychiatric Nursing*, Volume 19, Issue 6, Pages 281-290
16. Buist A, Barnett B. Childhood sexual abuse: a risk factor for postpartum depression? *Aust N Z J Psychiatry*. 1995 Dec;29(4):604-8.
17. Sussman JL Postpartum depressive disorders. *Journal of Family Practice* 43, S17-S24. 1996
18. Da Silva VA, Moraes-santos A.R., Carvalho M.S. et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, June 1998, vol.31, no.6, p.799-804. ISSN 0100-879X.
19. Cury, AF. Depressão puerperal: relação com eventos vitais estressantes, modo de enfrentamento e níveis do ácido 5 hidroxiiindolacético. Tese de Doutorado. Departamento

de Obstetrícia e Ginecologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.

20. Cox JL. Postnatal Depression: A Guide for Health Professionals. Churchill Livingstone, Edinburgh. 1986

21. Stuart, S; Couser, G; Schilder, K; O'Hara, MW; Gorman, L Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*, v.186, p.420-4, 1998.

22. Moraes IGS, Pinheiro RT, Da Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós parto e fatores associados. *Rev. Saúde Publica* vol. 40 no.1 São Paulo Jan/Feb 2006

23. McFarlane T (1993). Gps well placed to recognise postnatal depression. *British Medical Journal*, 307: 1065.

24. Gruen DS (1990). Postpartum depression: a debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work*, 15: 261-270.

25. Neter, E., Collins, N., Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1(3), 51– 75.

26. Beck, C. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*, 42(1), 42–48.

27. Righetti-Veltima, M. et al. - Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 70 (3): 291-306, 2002.

28. Centers for Disease Control and Prevention. Perceptions of child sexual abuse as a public health problem. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46:801-3

29. D'Oliveira APFL, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da rede Saúde*. 1999; 19:3-4

30. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. - Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782-786, 1987
31. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 2004;78(2):163-9.
32. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999;26(2):90-5.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.
34. Teissedre F, Chabrol H : A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression *Encephale* 2004, 30(4), 376-81
35. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990;157:288–290.
36. Zekowitz P, Milet TH. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can J Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie* 1995;40:80–86.
37. Dennis C-LE, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 338–346. _BlackwellMunksgaard 2004.
38. Violência doméstica contra a mulher e a gestante: análise em um hospital do estado de São Paulo. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Mestre em Ciências. Eliza Yoshiko Kochi Silva.
39. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/26122003censofecundhtml.shtm>

40. Polanczyk, Guilherme Vanoni, Zacaschi, Maria Lucrecia, Benetti, Sílvia et al. Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil. *Ver. Saúde Pública*, Feb.2003;77(1):8-14.
41. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström M-L, Saarinen H & Wenker A. Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:529-36.
42. Plichta SB, Falik M. Prevalence violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues* 2001;11(3):244-58.
43. Fatoye FO, Oladimeji BY, Adeyemi AB. Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. *J Psychosom Res.* 2006;60:299-301.
44. Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression *J Affect Disord.* 2006;93:233-7.
45. Zinga D, Phillips SD, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 Oct;27 Suppl 2:S56-64. Epub 2005 Nov 10
46. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006;33(2)43-54.
47. Buist, A., & Janson, H. (2001). Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression—A 3-year followup study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 909–921.
48. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde
- 49 . Menezes TC, Amorin MMR, Santos LC, Faundes A. Violência doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Vol.25 no.5 Rio de Janeiro June 2003
50. CDC/ Atlanta <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/svfacts.htm>

