

# Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática

Repercussions of depression in pregnancy in mothers and children: a systematic review  
Repercusiones maternas de la depresión en el embarazo: una revisión sistemática

*Marlise de Oliveira Pimentel Lima\**  
*Maria Alice Tsunechiro\*\**

**RESUMO:** O presente artigo teve como objetivo identificar as repercussões da depressão na gravidez nos desfechos obstétricos, perinatais, na vida posterior da mulher e da criança, segundo visto na literatura. Foi realizada uma revisão sistemática de artigos de pesquisa em bases de dados online: Lilacs, Medline, Cinahl e Pubmed, versando sobre as repercussões maternas, perinatais e na criança da depressão na gravidez, de 1999 a fevereiro de 2008. Dos diversos artigos encontrados, 33 preencheram os critérios de inclusão. A maioria dos estudos foi realizada nos países desenvolvidos (90,9%). Para a mulher, as principais repercussões encontradas foram alterações na qualidade de vida relacionada à saúde e nas práticas de saúde, complicações na gestação, sendo a depressão na gestação fator de risco para depressão puerperal, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, principalmente em gestantes de classe socioeconômica baixa. Para o feto/criança, as principais repercussões foram elevação de norepinefrina e cortisol, baixo peso ao nascer, idade gestacional menor ao nascimento, distúrbios do sono e desenvolvimento infantil prejudicado até os três anos de idade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão. Gravidez. Cuidado pré-natal.

**ABSTRACT:** The present article had as its aim to identify repercussions of depression in pregnancy in obstetric, perinatal outcomes in the posterior life of mother and child, according to the literature. We carried through a systematic review of research article in databases Lilacs, Medline, Cinahl and Pubmed, about perinatal repercussions of depression in pregnancy in mothers and newborns, considering the period 1999 to February 2008. 33 papers were included. Most studies were carried through in developed countries (90.9%). For the woman, the main repercussions are alterations in quality of life related to health and in health practices complications in gestation, being depression in the gestation the risk factor for puerperal depression, preeclampsia, premature childbirth, mainly in pregnant women of low socioeconomic condition. For the embryo/child, the main repercussions had been the rise of norepinephrine and cortisol, low weight at birth, being born under gestational age, sleep troubles and compromised development up to three years of age.

**KEYWORDS:** Depression. Pregnancy. Prenatal care.

**RESUMEN:** Este artículo tenía como objetivo identificar las repercusiones de la depresión en el embarazo en los resultados obstétricos perinatales, en la vida posterior de la mujer y del niño, según la literatura. Fue llevado una revisión sistemática de artículos de investigación en las bases de datos Lilas, Medline, Cinahl y Pubmed a cerca en las repercusiones maternas perinatales y en el niño de la depresión en el embarazo, de 1999 al febrero de 2008. De diversos artículos encontrados, 33 han llenado los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios se llevaron en países desarrollados (90.9%). Para la mujer, las repercusiones principales han sido alteraciones en la calidad de la vida relacionada con la salud y las prácticas de la salud, las complicaciones en la gestación, siendo la depresión en la gestación el factor de riesgo para la depresión puerperal, preclampsia, parto prematuro, principalmente en gestantes de baja clase socioeconómica. Para el embrión/el niño, las repercusiones principales han sido la subida de norepinefrina y de cortisol, peso bajo al nacer, poca edad gestacional al nacimiento, alborotos del sueño y desarrollo infantil comprometido hasta los tres años de la edad.

**PALABRAS LLAVE:** Depresión. Embarazo. Atención prenatal.

\*Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Adventista de Ensino.  
E-mail: moplima@uol.com.br

\*\*Professora Doutora do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo.

## Introdução

A gravidez é comumente associada a um estado de felicidade e até há pouco tempo acreditava-se que a gestação teria um efeito protetor sobre a saúde mental da mulher, porém o que as pesquisas científicas têm mostrado diferem desse senso comum, pois o período perinatal não as protege dos transtornos do humor (Camacho et al, 2006).

A gravidez tem um enorme efeito psicobiológico e fisiológico sobre o corpo e a mente da mulher pelas dramáticas mudanças nos níveis de estrógeno e progesterona, bem como pela significativa supressão do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano (Suppaseemanont, 2006).

Tais mudanças endócrinas têm suscitado a hipótese de que, em decorrência dessas modificações, a gestante tenha uma vulnerabilidade maior à depressão (Steiner, Dunn, Born, 2003).

Entende-se, hoje, que a gestação é um período em que a mulher está especialmente vulnerável às conseqüências negativas da depressão (Campagne, 2004).

A depressão tem importantes efeitos adversos sobre a saúde materna, fetal e para a criança (Suppaseemanont, 2006; Campagne, 2004). Esses efeitos podem, também, atingir o parceiro e a família da mulher.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), um episódio depressivo pode ser leve, moderado ou severo, dependendo do número e da severidade dos sintomas. O paciente pode apresentar variados sintomas, como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, além de uma redução na capacidade de concentração, interesse e alegria, sendo comum demonstrar um cansaço extremo após um esforço mínimo. Também pode apresentar distúrbios do sono e diminuição do apetite. A auto-estima e a auto-

confiança diminuem e, mesmo na depressão leve, idéias de culpa ou de desvalorização estão freqüentemente presentes. O rebaixamento do humor varia pouco dia após dia, não correspondendo às circunstâncias reais, e pode ser acompanhado por sintomas somáticos, como perda de interesse e dos sentimentos aprazíveis, acordar mais cedo que a hora habitual, pode apresentar sentimento depressivo pior pela manhã, com retardo psicomotor, agitação, perda do apetite, perda de peso e perda da libido (WHO, 2007).

Embora os episódios depressivos em determinadas situações tenham uma denominação específica como a depressão puerperal (WHO, 2007), não há uma referência similar para os casos de depressão na gestação.

A depressão é uma condição psicopatológica que, mesmo em níveis subclínicos, afeta o desenvolvimento da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, no curto e no longo prazo (Campagne, 2004). Entretanto, muitos médicos subestimam a severidade dos efeitos da depressão na saúde e no bem-estar, e os obstetras não são exceção a esta regra (Marcus et al, 2001).

A depressão na gravidez tem sido mais estudada nos últimos anos, especialmente no exterior, sendo poucos os trabalhos publicados nacionalmente sobre o tema. A sua prevalência nos países desenvolvidos pode variar de 12,5 a 17% dependendo do método de diagnóstico utilizado ou do trimestre gestacional analisado (Bennet et al, 2004a; Josefsson et al, 2001).

No Brasil, estudos sugerem prevalências maiores, variando de 12,9% até 37,9% (Mitsuhiro et al, 2006; Da-Silva et al, 1998).

Como forma de rastreamento da depressão na gestação, o protocolo de saúde mental antenatal e pós-natal do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)

no Reino Unido, recomenda a inclusão de duas perguntas a serem feitas rotineiramente na primeira visita da mulher grávida ao profissional de saúde que a assistirá no pré-natal. As perguntas questionam se durante o último mês ela se sentiu freqüentemente incomodada por: 1. sentimentos de tristeza, depressão ou desesperança e 2. por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas. No caso de resposta positiva a qualquer das duas questões, uma terceira pergunta pode ser feita relacionada a se ela deseja ou quer ajuda profissional a esse respeito (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2007).

No entanto, se faz necessária uma revisão dos estudos realizados sobre depressão na gestação quanto às repercussões que a depressão traz para mulher grávida e para seu filho, analisando-os devidamente para melhor dimensionamento dos efeitos da depressão sobre essa diáde.

Portanto, a questão norteadora deste estudo de revisão foi sobre as repercussões que a depressão durante a gravidez causa para a gestante e para o seu filho. Sendo assim o objetivo desta investigação foi identificar as repercussões da depressão na gravidez nos desfechos obstétricos, perinatais, na vida posterior da mulher e da criança, segundo visto na literatura.

## Método

Trata-se de uma revisão sistemática de artigos identificados em base de dados *online* (Lilacs, Medline, Pubmed, Cinahl) que continham os descritores em português “depressão”, “gravidez” e “resultados obstétricos”, “resultados neonatais”, “feto” e “criança”: e em inglês “antenatal depression”, “prenatal depression” e “outcomes”, “neonatal outcomes”, “child”, no título ou resumo, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os artigos encontrados foram analisados quanto aos seguintes critérios de inclusão: ser artigos de relato de pesquisa e não de revisão; ter a finalidade de investigar as repercussões da depressão na gestação para a mulher, para a criança e nos desfechos perinatais; e ter sido publicado de 1999 até fevereiro de 2008.

Foram selecionados 33 artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

Os trabalhos foram categorizados quanto ao ano de publicação, país de realização e tipo de repercussão para a gestante e para o feto e/ou criança encontrados.

## Resultados e discussão

Quanto ao ano de publicação dos artigos, observou-se que do ano de 1999 ao ano de 2001 havia 8 (24,3%), de 2002 a 2004, 11 artigos (33,3%) e de 2005 a 2008, 14 estudos, perfazendo 42,4% da amostra. O ano que concentrou maior número de publicações foi 2007, com 7 (21,2%) artigos.

Os estudos sobre a depressão e seus efeitos no período gravídico são recentes, datando os primeiros das duas décadas passadas, havendo um incremento a partir de então. Portanto, é esperado que grande parte das publicações seja desta década, com frequência maior nos últimos anos. Isso também mostra a importância da realização de novos estudos para aprofundar e determinar com precisão a etiologia da depressão na gestação, fatores associados e repercussões da patologia sobre a mulher, conceito, parceiro e família.

Os estudos foram realizados majoritariamente (90,9%) em países desenvolvidos, em especial, nos Estados Unidos da América, com 18 artigos (54,5%), e apenas 3 (9,1%) em países em desenvolvimento, como Brasil e Paquistão. Em países

desenvolvidos, os distúrbios mentais têm representado importante causa de morbidade e mortalidade materna, portanto, espera-se que as pesquisas estejam sendo realizadas com mais intensidade (NICE, 2007).

Porém, nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, além dos problemas econômicos, o atendimento na área de saúde se dá de forma desigual e, muitas vezes, até com precariedade, o que pode agravar as repercussões da depressão na gravidez nesses países. É necessário, pois, que a depressão nesse ciclo vital seja mais pesquisada, com o fim de averiguar se o fenômeno se repete com as mesmas características dos países desenvolvidos ou se mostra peculiaridades etiológicas, culturais, dentre outras, pertinentes à sua população.

As repercussões da depressão na gravidez foram analisadas em relação à mulher, ao feto e à criança.

### Repercussões maternas

Observou-se uma queda nos escores de qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres grávidas com sintomas depressivos tanto no início (Nicholson et al., 2006) quanto no decorrer da gestação (Mckee et al., 2001) quando comparadas com gestantes não depressivas. Estudos de revisão corroboram com esse resultado (Bennett, 2004b).

As práticas positivas de saúde eram realizadas com menos frequência por mulheres gestantes depressivas (Lindgren, 2001), incluindo não tomar as vitaminas com a frequência determinada pelo profissional de saúde e são mais ansiosas (Allister et al, 2001). Também relataram menos felicidade com a notícia confirmação da gravidez, referiram mais complicações com a gestação e apresentaram escores menores na escala de sentimentos

em relação à gestação e ao parto (Field et al, 2007).

Esses resultados são coincidentes com estudo realizado em anos anteriores a esta revisão que mostrava comportamentos de saúde alterados em presença da depressão na gestação (Zuckerman et al, 1989).

A depressão na gravidez foi identificada como um fator de risco para a depressão puerperal (Field et al, 2008; Figueiredo, Pacheco, Costa, 2007; Larsson, Sydsjö, Josefsson, 2004), mostrando a cronicidade da depressão iniciada na gestação, como, também, se verificou ser bem comum a presença de comorbidades; como exemplos temos a ansiedade, raiva, distúrbios do sono, e percepção mais elevada de dor (Field et al, 2008; Allister et al, 2001).

Em estudos específicos sobre depressão puerperal e fatores de risco, a associação também se mostrou positiva (Da Costa et al, 2000).

Quanto às complicações obstétricas, observou-se que a presença de depressão no início da gravidez foi um fator de risco para pré-eclâmpsia, sendo esse risco mais elevado se houver vaginose bacteriana (Kurki et al, 2000). Esse é o único trabalho a apresentar essa associação, portanto, outros estudos deveriam explorar melhor o tema.

A depressão na gestação também estava associada a aumento de náuseas e vômitos, licenças médicas prolongadas na gestação e aumento no número de visitas ao obstetra (Andersson et al, 2004a). Não ficou demonstrado que a depressão na gestação é um fator de risco para o aborto espontâneo (Nelson et al, 2003).

Outra complicação obstétrica bastante avaliada foi o risco de trabalho de parto prematuro associado à depressão na gravidez. Em estudo comparando gestantes em trabalho de parto prematuro com

grupo controle, concluiu-se que a depressão na gravidez era maior no grupo de estudo (Mackey, Williams, Tiller, 2000).

Em coorte prospectiva realizada na França, foi verificado que a depressão na gestação encontrava-se associada a trabalho de parto prematuro (Dayan et al, 2006), observada, também, a mesma associação em gestantes afro-americanas (Orr, James, Prince, 2002).

Outros estudos mostraram que a depressão associada à baixa auto-estima, a uma percepção negativa da gravidez ou a um índice de massa corporal baixo são fatores de risco para trabalho de parto prematuro (Jesse, Seaver, Wallace, 2003; Dayan et al, 2002).

No entanto, essa associação entre depressão e trabalho de parto prematuro não foi observada em outros estudos (Suri et al, 2007; Andersson et al, 2004b; Berle et al, 2005).

Em estudo de revisão, também, foram observados essas complicações obstétricas e resultados obstétricos, reforçando a importância de identificar e tratar a depressão na gestação para melhorar os desfechos perinatais (Bennett, 2004a). A realização de mais estudos de base populacional em diferentes países ajudará a esclarecer melhor essa repercussão.

Em relação ao tipo de parto, alguns estudos mostraram uma associação entre cesárea eletiva ou parto operatório, analgesia epidural e depressão na gestação (Andersson et al, 2004a; Oberlander et al, 2006; Chung et al, 2001), no entanto, tal diferença não foi observada em outra pesquisa (Wu et al, 2002).

### Repercussões no feto e na criança

Ao serem submetidos a estímulo vibroacústico na cardiografia anteparto, fetos de gestantes depressivas demoraram três vezes

e meia mais tempo para retornar a frequência cardíaca à linha de base que fetos de gestantes não deprimidas (Allister et al, 2001), sugerindo níveis elevados de ansiedade nesses fetos.

Níveis elevados de norepinefrina em recém-nascidos de mães com depressão na gestação de classe social menos favorecida foi observado em um estudo nos Estados Unidos da América (Field et al, 2002), bem como elevação do cortisol e norepinefrina e diminuição de dopamina neonatal em outra pesquisa no mesmo país (Lundy et al, 1999).

Uma das repercussões perinatais mais estudada em relação à depressão na gravidez é o baixo peso ao nascer, ou seja, a restrição do crescimento intra-uterino. Vários estudos têm mostrado que há uma redução no peso dos recém-nascidos de mães depressivas, seja quando analisada independentemente, seja associada a outros fatores como violência doméstica, adolescência ou a uma classe social menos favorecida (Rosen et al, 2007; Ferri et al, 2007; Rahman et al, 2007; Oberlander et al, 2006; Hoffman, Hatch, 2000; Mackey, Williams, Tiller, 2000).

Porém, outros estudos não observaram essa associação entre depressão na gestação e baixo peso ao nascer (Berle et al, 2005; Andersson et al, 2004b; Suri et al, 2004). Alguns estudos podem ter apresentado vieses pela forma de diagnosticar a depressão na gravidez. A utilização de questionários estruturados, designados para diagnóstico e não baseados somente em auto-relato poderá ajudar no esclarecimento dos pontos hoje divergentes nos estudos realizados.

Quanto à associação entre depressão e a idade gestacional ao nascer, uma pesquisa de base populacional mostrou que há uma diminuição da idade gestacional ao

nascimento em recém-nascidos de mães depressivas na gestação em comparação com as não-depressivas (Oberlander et al, 2006), porém outros estudos não alcançaram o mesmo resultado (Andersson et al, 2004b; Suri et al, 2007; Suri et al, 2004).

O desconforto neonatal e o uso de "naloxane", associados com depressão neonatal, nos casos de depressão maior, foi observado em um estudo de corte populacional na Austrália (Jablensky et al, 2005); dados relacionados a complicações neonatais, como desconforto e agitação também foram encontrados em outros estudos (Field et al, 2002; Lundy et al, 1999).

Associação entre depressão na gravidez e dias a mais de internação na unidade neonatal foi relatada por dois estudos de base populacional (Oberlander et al, 2006; Chung et al, 2001), mas em outro estudo, longitudinal, com 64 gestantes com e sem depressão, não foram observados dias a mais de internação, provavelmente pelo tamanho amostral (Suri et al, 2004).

Os resultados dos estudos associando depressão na gravidez e complicações neonatais são coincidentes com os resultados obtidos em outro estudo de revisão realizado em anos anteriores (Bonari et al, 2004).

Observou-se a associação entre depressão na gravidez e o desenvolvimento e crescimento das crianças como distúrbios do sono em crianças até 30 meses (O'Connor et al, 2007), bem como entre depressão na gravidez e depressão puerperal com o peso e a estatura diminuídos até o terceiro ano de vida e aumento no risco de diarreia em crianças de mães depressivas (Rahman et al, 2004). Porém não foi observada associação entre depressão na gestação e temperamento infantil alterado no quarto e sexto mês de vida de crianças em um estudo na Austrália (Austin et al, 2005).

## Considerações finais

Os estudos sobre depressão na gravidez têm aumentado nos últimos anos, sobretudo nos países desenvolvidos, conforme se torna mais forte a concepção de que a depressão nesta fase da vida pode ter efeitos prolongados e comprometedores para a saúde da mulher, do feto e da criança.

Há uma consistência por parte dos estudos analisados em relação à maioria das repercussões maternas, fetais e na criança associadas à depressão na gravidez. Diferenças metodológicas e de diagnóstico da depressão na gravidez nos estudos analisados podem ter interferido nos resultados discordantes apresentados em algumas repercussões.

As repercussões verificadas neste artigo para a gestante foram: alteração na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde, práticas de saúde diminuídas, complicações na gestação e fator de risco para pré-eclâmpsia, depressão puerperal, trabalho de parto prematuro, partos operatórios, sendo esses resultados especialmente mais acentuados em mulheres provenientes de classe social menos favorecida.

Para o feto e para a criança, as repercussões foram alterações na frequência cardíaca quando submetidas a estímulos externos, elevação dos níveis de norepinefrina, cortisol e diminuição da dopamina, baixo peso e menor idade gestacional ao nascimento, distúrbios

no sono em crianças até 30 meses, crescimento infantil diminuído e aumento no risco de diarreia em crianças de até 3 anos de idade.

Tendo em vista as repercussões da depressão na gravidez, mais pesquisas precisam ser realizadas no Brasil a fim de identificar a presença de outras que possam aparecer devido às diferenças culturais e econômicas (Bennett et al., 2004a) em relação aos países desenvolvidos. Também é importante verificar se as alterações observadas nas gestantes e neonatos de países desenvolvidos apresentam as mesmas características no Brasil ou se há mudança na intensidade ou frequência dos desfechos.

## REFERÊNCIAS

- Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Dev Neuropsychol* 2001;20(3):639-51.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004a;104:467-76.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol* 2004b;159(9):872-81.
- Austin M, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Hum Dev* 2005;81:183-90.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004a;103(4):698-709.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy overview of clinical factors. *Clin Drug Invest* 2004b;24(3):157-79.
- Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy a linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8(3):181-9.
- Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004;49:726-35.
- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín* 2006;33(2):92-102.
- Campagne DM. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116(2)125-30.
- Chung TKH, Lau TK, Yip ASK, Chiu HFK, Lee DTS. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Méd* 2001;63(5):830-4.
- Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, et al. Psychosocial correlate of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59:31-40.
- Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31(6):799-804.

- Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155(4):293-301.
- Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, Tordjaman S. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med* 2006;68:938-46.
- Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007;7:209.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C, Deeds O, Contogeorgos J, Ascencio A. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *Int J Neurosci* 2008;118(1):95-103.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups. *J Reprod Infant Psychol* 2002;20(3):149-57.
- Field T, Yando R, Bendell D, Hernandez-Reif M, Diego MA, Vera Y, Gil K. Prenatal depression effects on pregnancy feelings and substance use. *J Child and Adolesc Subst Abuse* 2007;17(1):111-25.
- Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Women Ment Health* 2007;10(3):103-9.
- Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol* 2000;19(6):535-43.
- Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich L. Pregnancy, Delivery, and Neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:79-91.
- Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery* 2003;19:191-202.
- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):251-5.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95:487-90.
- Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2004;104:459-66.
- Lindgren K. The relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health* 2001;24:203-17.
- Lundy BL, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro PA, Schanberg S, Kuhn C. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behav Dev* 1999;22(1):119-29.
- Mackey MC, Williams CA, Tiller CM. Stress, pre-term labour and birth outcomes. *J Adv Nurs* 2000;32(3):666-74.
- Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Tandon R, Greden JF. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72(1):61-70.
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001;97(6):988-93.
- Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(2):122-5.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health the NICE guideline on clinical management and service guidance. United Kingdom: Alden Press; 2007.
- Nelson DB, McMahon K, Joffe M, Bresinger C. The effect of depressive symptoms and optimism on the risk of spontaneous abortion among innercity women. *J Womens Health* 2003;12(6):569-76.
- Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):798-806.
- Oberlander TF, Warburton W, Misri S, Aghajanian J, Hertzman C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:898-906.
- O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P, the ALSPAC Study Team. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Dev* 2007;83:451-8.
- Orr ST, James SA, Prince CB. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002;156:797-802.

- Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:481-6.
- Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. A cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:946-52.
- Rosen D, Seng JS, Tolman RM, Mallinger G. Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. *J Interpers Violence* 2007;22(10):1305-14.
- Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003;74:67-83.
- Suppaseemanont W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. *Am J Matern Child Nurs* 2006;31(1):10-5.
- Suri R, Altshuler L, Helleman G, Burt VK, Aquino A, Mintz J. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry* 2007;164:1206-13.
- Suri R, Altshuler L, Hendrick V, Rasgon N, Lee E, Mintz J. The impact of depression and fluoxetine treatment on obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:193-200.
- World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10<sup>th</sup> Revision Version for 2007 Chapter V - Mental and behavioural disorders. [capturado em: 2008 Fev 21]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Wu J, Viguera A, Riley L, Cohen L, Ecker J. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:864-7.
- Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, et al. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviours. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1107-11.
- 

*Recebido em 29 de abril de 2008*  
*Aprovado em 26 de junho de 2008*