

Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório

GLÁUCIA ROSANA GUERRA BENUTE¹, ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA², VANESSA MARQUES FERREIRA JORGE³, DANIELE NONNENMACHER⁴, RENÉRIO FRÁGUAS JUNIOR⁵, MARA CRISTINA SOUZA DE LUCIA⁶, MARCELO ZUGAIB⁷

¹ Doutora em Ciências, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina de São Paulo; Diretora Técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Psicologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP

² Professora Livre-docente, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, SP

³ Especialista em Psicologia Hospitalar; Psicóloga, Divisão de Psicologia, Instituto Central do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP), São Paulo, SP

⁴ Mestranda em Ciências, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina de São Paulo; Psicóloga, Divisão de Psicologia, ICHC-FMUSP, São Paulo, SP

⁵ Professor Livre-docente, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP

⁶ Doutora em Psicologia Clínica; Diretora, Divisão de Psicologia, ICHC-FMUSP, São Paulo, SP

⁷ Professor Titular, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP

RESUMO

Objetivo: Identificar o risco para comportamento suicida em gestantes de alto risco em um hospital público de São Paulo. **Métodos:** Foi realizada entrevista semiestruturada com questionário previamente elaborado com cada uma das participantes (n = 268). O risco para suicídio foi identificado por meio da versão em português do PRIME-MD. **Resultados:** A média de idade foi de 29 anos (SD = 0,507) e 30 semanas gestacionais (SD = 0,556). Constatou-se risco específico para suicídio em 5% (n = 14) do total da amostra. Destas gestantes, 85% têm relacionamento estável (casada ou amasiada), em 50% dos casos a gestação foi planejada, 71% têm religião e não exercem atividade profissional. Quando correlacionados os dados de estado civil, planejamento da gestação, idade, escolaridade, atividade profissional, risco de prematuridade e religião com risco para suicídio, constatou-se que ter uma religião apresentou significância estatística (p = 0,012). Não foram encontradas associações positivas para nenhum dos outros itens selecionados, quando comparados com o risco para suicídio. Ao correlacionar o risco de suicídio com os demais sintomas característicos de depressão maior, observou-se significância estatística em relação à insônia ou hipersonia (p = 0,003), fadiga ou perda de energia (p = 0,001), diminuição ou aumento do apetite (p = 0,005), menor interesse nas atividades diárias (p = 0,000), humor deprimido (p = 0,000), sentimento de inutilidade ou culpa (p = 0,000), diminuição da concentração (p = 0,002), agitação ou retardo psicomotor (p = 0,002). **Conclusão:** Observou-se que a religião pode ser um fator protetor com relação ao comportamento suicida. Além de propiciar uma rede social de apoio da qual as mulheres necessitam no período gravídico, as religiões apoiam as crenças na vida após a morte e em um Deus amoroso, propiciando objetivos a vida e autoestima e fornecendo modelos de enfrentamento de crises. Os resultados sugerem a importância da prevenção e diagnóstico precoce do risco para suicídio, pois ocasionar a própria morte é uma tentativa de mudar de uma esfera para outra à força, buscando solução para o que parece impossível.

Unitermos: Comportamento autodestrutivo; gravidez de alto risco; suicídio.

SUMMARY

Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study

Objective: To identify the risk of suicidal behavior in high-risk pregnant women at a public hospital in São Paulo. **Methods:** We conducted a semi-structured interview with each of the participants (n = 268) through a previously prepared questionnaire. Risk of suicidal behavior was assessed by the Portuguese version of PRIME-MD. **Results:** The mean age of patients was 29 years (SD = 0.507) and gestation period was 30 weeks (SD = 0.556). Of the total sample, specific risk of suicide was found in 5% (n = 14). Of these, 85% have a stable relationship (married or cohabitating), the pregnancy was planned in 50% of cases, and 71% have no religion or professional activities. The correlation of risk of suicide with data from marital status, planned birth, age, education, professional practice, risk of prematurity, and religion showed that having a religion is statistically significant (p = 0.012). There were no positive associations for any of the other selected variables when compared with the risk of suicide. By correlating the risk of suicide with other characteristic symptoms of major depression, there was statistical significance in the sample with regard to insomnia or hypersomnia (p = 0.003), fatigue or loss of energy (p = 0.001), decreased or increased appetite (p = 0.005), less interest in daily activities (p = 0.000), depressed mood (p = 0.000), feelings of worthlessness or guilt (p = 0.000), decreased concentration (p = 0.002), and agitation or psychomotor retardation (p = 0.002). **Conclusion:** We found that religion can be a protective factor against suicidal behavior. Besides providing a social support network needed by women during pregnancy, religion supports belief in life after death and in a loving God, giving purpose to life and self esteem and providing models for coping with crises. The results show the importance of prevention and early diagnosis of suicidal behavior, since suicide is an attempt to move from one sphere to another by force, seeking to solve what seems impossible.

Keywords: Self-destructive behavior; self-risk pregnancy; suicide.

Trabalho realizado na Divisão de Psicologia e Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP

Artigo recebido: 16/05/2011
Aceito para publicação: 25/07/2011

Correspondência para:
Gláucia Rosana Guerra Benute
Diretora Técnica de Serviço de Saúde
Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 - PAMB - andar térreo
São Paulo - SP
CEP: 05403-000
grguerra@uol.com.br

Conflito de interesse: Não há.

©2011 Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e universal que atinge todas as classes sociais. Possui etiologia multivariada que envolve elementos biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais relacionados à vida pessoal e coletiva¹. É compreendido como o ato humano de cessar a própria vida² e tem sido alvo de estudo de diferentes disciplinas científicas, que o percebem de modo complementar ou antagônico.

Em estudo sociológico do suicídio, Durkheim³ apontou para o caráter coletivo do fenômeno, valorizando suas causas sociais e destacando que, apesar da atitude pela qual a pessoa atenta conscientemente contra si mesma, o modo de praticar o ato é variável de acordo com a cultura, o país, as sociedades, o gênero e as classes sociais⁴. Opondo-se a essa visão, a Psiquiatria compreende o fenômeno do suicídio como um processo individual por meio do qual a pessoa, autonomamente, pretende e deseja concretizar a própria morte, que pode estar associado a algum tipo de transtorno ou desordem psiquiátrica, como, por exemplo, o transtorno de humor grave⁵.

Não se sabe ao certo quantas pessoas cometem suicídio, pois tais mortes são subnotificadas. A Organização Mundial de Saúde⁶ (OMS) estima que o suicídio vitime cerca de um milhão de pessoas no mundo por ano. Estima-se que os registros de óbitos ocasionados pela cessão da própria vida sejam duas a três vezes menores que os reais⁷.

O suicídio é um problema de saúde pública que pode estar associado a uma diversidade de fatores e contextos⁶. Alguns estudos buscam compreender as causas para se atentar contra a própria vida. Na Inglaterra, destacam como fatores de risco para a população masculina o desemprego; a doença crônica; a incapacidade e/ou aposentadoria⁸. No Brasil, a ocorrência do suicídio parece se relacionar diretamente com situações de perda, frustrações e sofrimento emocional⁹.

Decorrente de uma crença popular em que a mulher estaria protegida de qualquer problema de ordem psíquica durante a gravidez, os estudos da depressão e do comportamento suicida na gestação foram negligenciados e a atenção foi toda voltada para a avaliação no período pós-parto.

Em estudo epidemiológico realizado na Inglaterra, foi demonstrado que o suicídio está entre as principais causas de mortes maternas, acometendo 10% dessa população. Há indícios de que em 86% dessas mortes maternas o diagnóstico psiquiátrico poderia ter sido realizado e o suicídio, evitado¹⁰.

Atualmente, sabe-se que a frequência do comportamento suicida, que compreende da ideação até a tentativa ou suicídio consumado, pode atingir até um quarto da população de gestantes¹¹ e está associada ao diagnós-

tico de depressão, que acomete 22% das mulheres na fase reprodutiva⁶. Tem-se constatado que o aumento desse índice de depressão é uma tendência nos países em desenvolvimento¹².

Frente a esses dados, é preciso aprofundar o conhecimento sobre como a depressão, as condições socioeconômicas e obstétricas se associam à ideação suicida em gestantes de alto risco. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar o risco para comportamento suicida em gestantes de alto risco.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado no período de março de 2005 a março de 2006 em hospital universitário na cidade de São Paulo. Foram convidadas a participar gestantes de alto risco em acompanhamento pré-natal especializado. O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram previamente aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição.

As gestantes foram inicialmente esclarecidas sobre o propósito do estudo e consentiram em participar. Os critérios de inclusão adotados foram: gestações únicas; membranas íntegras; ausência de anormalidades fetais congênitas ou cromossômicas; e gestação de alto risco, isto é, complicada por intercorrência clínica e/ou obstétrica. Os critérios de exclusão foram malformação ou anomalia fetal diagnosticada após o nascimento. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas conduzidas com as gestantes enquanto aguardavam pela consulta no ambulatório de pré-natal. A entrevista teve duração aproximada de trinta minutos.

O questionário foi constituído por questões fechadas que incluíram dados sociodemográficos tais como: idade (anos); escolaridade (ensino fundamental, médio e superior); crença religiosa (sim, não); planejamento da gestação (sim, não); estado marital (com companheiro, sem companheiro); e atividade profissional (sim, não).

Para avaliação do risco de suicídio, foi aplicado à entrevista estruturada Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)¹³. Esse instrumento permite a investigação de distúrbios psicopatológicos. Neste estudo foi utilizado o módulo específico para avaliação de depressão maior, especificamente a questão que avalia o risco para suicídio.

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS for Windows versão 16.0. Para a análise das tabelas de associação, foi utilizado o teste de qui-quadrado, aplicando-se a correção de Yates para continuidade. Nas situações em que o teste de qui-quadrado não pôde ser aplicado, e, em se tratando de tabelas 2 x 2, foi utilizado o teste exato de Fisher. Adotou-se como nível de significância o valor 0,05 (alfa = 5%). Com isso, níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes (p < 0,05).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 268 gestantes de alto risco. As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1. A média de idade gestacional em que se realizou a entrevista foi de trinta semanas (DP = 0,56).

As intercorrências clínicas e/ou obstétricas incluíram: hipertensão arterial (pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica, n = 105); cardiopatia (n = 59); *diabetes mellitus* (n = 61); anemia (n = 16); colagenose (n = 30); e risco de prematuridade (n = 17). Vinte mulheres apresentavam doenças associadas.

Neste estudo, constatou-se que 5% (n = 14) do total da amostra de gestantes em acompanhamento ambulatorial apresentaram risco específico para suicídio, isto é, relataram ter pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira, considerando um período de 15 dias até a data da entrevista.

A Tabela 1 apresenta os resultados dividindo-se as gestantes em dois grupos: apresentam risco para suicídio e não apresentam risco. Quando correlacionados os dados de estado civil, planejamento da gestação, idade, escolaridade, atividade profissional, risco de prematuridade e

religião com risco para suicídio, constatou-se que a ausência de crença religiosa foi significativamente mais frequente nas que apresentaram risco para suicídio (28,6%, p = 0,012). Não foram encontradas associações positivas para nenhum dos outros itens selecionados.

Quando comparados os dados de risco para suicídio com as intercorrências clínicas e/ou obstétricas não foram observadas diferenças significativas com relação ao risco de suicídio (Tabela 2).

Ao correlacionar o risco de suicídio com os demais sintomas característicos de depressão maior, observou-se diferença estatística na proporção de sintomas depressivos (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A religião tem sido apontada como um importante fator protetor contra o comportamento suicida, pois, em geral, condena a interrupção voluntária da vida¹³. Em uma vertente sociológica, pode-se dizer que, mais que os preceitos religiosos, a proteção vem da integração social promovida pelas atividades religiosas³.

Tabela 1 – Distribuição de acordo com dados sociodemográficos de 268 gestantes de alto risco

Dados sociodemográficos	Ambulatório		p
	Risco de suicídio (n = 14) n (%)	Ausência de risco (n = 254) n (%)	
Idade			
Entre 12 e 18 anos	2 (14,3)	22 (8,5)	0,729*
Entre 19 e 30 anos	7 (50,0)	116 (46,1)	
Entre 31 e 35 anos	3 (21,4)	51 (20,1)	
Acima de 36 anos	2 (14,3)	65 (25,3)	
Escolaridade			
Fundamental incompleto/completo	7 (50,0)	89 (35,2)	0,452*
Médio incompleto/completo	6 (42,8)	147 (58,4)	
Superior incompleto/completo	1 (7,1)	17 (6,4)	
Crença religiosa			
Sim	10 (71,4)	239 (94,1)	0,012
Não	4 (28,6)	15 (5,9)	
Planejamento da gestação			
Sim	7 (50,0)	90 (35,4)	0,413
Não	7 (50,0)	164 (64,6)	
Estado marital			
Com parceiro	12 (85,7)	184 (72,4)	0,365
Sem parceiro	2 (14,3)	70 (27,5)	
Atividade profissional			
Sim	4 (28,6)	114 (44,9)	0,357*
Não	10 (71,4)	140 (55,1)	

*Dados obtidos através do teste exato de Fisher.

Tabela 2 – Distribuição de acordo com as patologias de 268 gestantes de alto risco

Dados para patologias	Risco de suicídio (n = 14) n (%)	Ausência de risco (n = 254) n (%)	p
Cardiopatia	4 (28,6)	55 (21,7)	1,0
Hipertensão arterial	5 (35,7)	100 (39,4)	0,52
Diabetes	3 (21,4)	58 (22,8)	1,0
Colagenose	2 (14,3)	28 (11,0)	0,66
Prematuridade	0 (-)	16 (6,3)	0,61
Anemia falciforme	0 (-)	17 (6,7)	1,0

Tabela 3 – Frequência dos sintomas depressivos com relação ao risco de comportamento suicida em 268 gestantes de alto risco no ambulatório

Sintomas depressivos	Risco de suicídio		p
	Sim (n = 14)	Não (n = 254)	
Insônia ou hipersonia	8 (57,6)	52 (15,6)	0,003
Fadiga ou perda de energia	7 (50,4)	31 (09,3)	0,001
Diminuição ou aumento de apetite	7 (50,4)	41 (12,3)	0,005
Menor interesse nas atividades diárias	8 (57,6)	31 (09,3)	0,000
Humor deprimido	11 (79,2)	39 (11,7)	0,000
Sentimento de inutilidade ou culpa	10 (72,0)	27 (08,1)	0,000
Diminuição da concentração	8 (57,6)	32 (09,6)	0,002
Agitação ou retardo psicomotor	8 (57,6)	45 (13,5)	0,002
Diagnóstico de depressão	10 (72,0)	13 (03,9)	0,000

Pensando no período gravídico-puerperal, pode-se afirmar que, além de propiciar uma rede social de apoio importantíssima nessa fase da vida, pois as mulheres se encontram especialmente vulneráveis¹⁴, as religiões apoiam as crenças na vida após a morte, em um Deus acolhedor, propiciam objetivos a vida e autoestima, fornecem modelos de enfrentamento de crises e possibilitam dar significado às dificuldades da vida.

A literatura apresenta menores índices de depressão em pacientes que recorreram à religião¹⁵, compreendendo que tais práticas podem aliviar o estresse associado à gestação¹⁶. As pessoas que recorrem à religião, a qualquer tipo de fé ou crença, conseguem dar um sentido à vida e às dificuldades através da rede de proteção e da esperança ofertada, não precisando encontrar na morte a solução para o alívio do sofrimento vivido¹⁷.

O diagnóstico de transtornos psiquiátricos no período gestacional é mais comum do que se imagina, sendo encontrado em 14,1% das mulheres e, especificamente, o diagnóstico de depressão maior é encontrado em 3,3% das gestantes¹⁸.

Assim, a depressão durante a gravidez de alto risco deve ser rotineiramente investigada com a utilização de instrumentos específicos, a fim de tratar o transtorno de-

pressivo, principalmente quando acompanhado de ideação suicida¹⁶.

De modo geral, considera-se que os índices de suicídio no mundo todo são elevados. Ao estudar as taxas de mortalidade em 36 países, a Estônia apresentou a maior taxa de suicídio, com 40,9 óbitos a cada 100 mil habitantes. No Brasil, o coeficiente encontrado foi de 3,4 óbitos a cada 100 mil habitantes¹⁶. No entanto, um estudo realizado entre 1980 e 1995¹⁵ indicou que no Brasil os índices de suicídio têm aumentado, passando de 3,3/100.000 habitantes para 4,1/100.000 habitantes, mostrando-se crescente na faixa do adulto jovem e do sexo masculino⁹.

A literatura aponta que estão associadas à ideação suicida o isolamento social, as declarações de intenções, as variáveis demográficas e socioeconômicas específicas¹⁹, o aumento na prevalência de transtornos depressivos²⁰, o uso de substâncias psicoativas, o número de estressores sociais²¹ e o desejo de autodestruição²².

Nos Estados Unidos e na Europa, são apontados como fatores preponderantes para o suicídio problemas mentais e drogadicção, encontrados em 90% das pessoas que atentaram contra a própria vida²³. No Brasil, especificamente no município de São Paulo, destaca-se como fator predisponente o alto nível socioeconômico²⁴.

Como fatores protetores para o suicídio destacam-se a baixa prevalência de alcoolismo, a religiosidade, as atitudes com relação a aptidões sociais e ao desempenho dos papéis durante a vida²⁵.

A gravidez é considerada um período no qual a mulher está especialmente vulnerável às consequências negativas dos sintomas da depressão, que são exacerbados, muitas vezes pelas alterações hormonais vivenciadas nesse período¹⁴.

Interessante observar que muitos suicidas contataram seu médico em período anterior ao ato suicida¹¹. A maioria dos pacientes suicidas (45% a 75%) procurou um serviço de atenção primária antes de cometer suicídio, enquanto que os outros 20% a 33% consultaram um serviço especializado em saúde mental e obtiveram receita de psicotrópicos²⁶. Assim, o diagnóstico de depressão durante a gestação é de fundamental importância, pois pode ser indicativo de ideação suicida e/ou sintomas psicóticos^{14,27}.

Terminar com a própria vida, chegar ao fim de si mesmo, encontrar o fim ou limite de que se é seriam uma busca de poder chegar ao que não somos - ainda. O suicídio seria, então, uma tentativa de mudar de uma esfera para outra à força, por meio da morte, encontrando soluções para o que parece impossível¹⁷.

Os resultados deste estudo sugerem a importância da prevenção e do diagnóstico precoce da avaliação do risco para suicídio em gestantes de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Interam J Psychol* 2005;39:259-66.
2. Meneguel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2004;38:804-10.
3. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
4. Outeiral J. Comentários sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios. Disponível em: [http://joseouteiral.com/textos/Comentarios%20 sobre% 20a%20idea%20e%20suicida.doc](http://joseouteiral.com/textos/Comentarios%20sobre%20a%20idea%20e%20suicida.doc).
5. Fairbairn GJ. Reflexos em torno do suicídio: a linguagem e a ética do dano pessoal. São Paulo: Paulus; 1999.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO: Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors: SUPRE-MISS. Protocol of SUPRE-MISS (WHO/MSD/MBD/02.1). Geneva: WHO; 2002.
7. Holinger PC. Violent deaths in the United States: an epidemiologic study of suicide, homicide, and accidents. New York: Guilford Press; 1987.
8. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998;317:1283-6.
9. Cassorla RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública* 1994;10(Supl 1):61-73.
10. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003;183:279-81.
11. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-73.
12. Campagne DM. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116:125-30.
13. Meleiro, AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmaneto Farma, 2004. pp. 53-60.
14. Evans J, Heron J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60.
15. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang, YP. Epidemiologia de suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas por idade e gênero. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;27:131-4.
16. Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Junior RF, Lucia MCS, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics* 2010;65:1127-31.
17. Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR *et al*. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord* 2006;91:11-7.
18. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:148-54.
19. Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high and upper-middle-income countries. *Int J Epidemiol* 1998;27:214-21.
20. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Ofic Sanit Panam* 1993;114:302-16.
21. Rogers JR. Theoretical grounding: 'the missing link' in suicide research. *J Couns Dev* 2001;79:16-29.
22. Bastos RL. Suicídios, Psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial. *Psicol USP* 2009;20:67-92.
23. Moscicki EH. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:25-35.
24. Drummond M, Barros MBA. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 1999;2(1/2):34-49.
25. Philips MR, Li X, Ahang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002;359:835-40.
26. Luoma JBMA, Martin CEMA, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16.
27. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;65:445-53.