



GRADUAÇÃO EM MEDICINA

THALITA ALMEIDA DE ABREU

**FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

SALVADOR - BAHIA

2023

THALITA ALMEIDA DE ABREU

**FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina

Orientadora: Prof Dra Mary Gomes Silva

Salvador-Bahia

2023

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde que ocorre após a gravidez e pode se manifestar a qualquer momento durante os primeiros doze meses após o parto. A depressão pós-parto materna tem diversos fatores de risco que impactam não só na vida da puérpera, como também na vida do bebê, implicando na relação entre os dois e trazendo prejuízos ao desenvolvimento da criança. Tais fatores de risco podem ser identificados previamente pelos profissionais de saúde, de modo que haja atendimento adequado e manejo especializado para com as mulheres que sofrem com o problema. **Objetivo:** Avaliar evidências científicas relacionadas aos fatores de risco e complicações em puérperas, associadas a depressão pós-parto. **Metodologia:** O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura, guiada pelo protocolo PRISMA. Foi realizada uma busca de dados nas plataformas PUBMED/MEDLINE, SciELO e Embase, por meio da elaboração de uma estratégia de pesquisa com os descritores booleanos condizentes com o tema em questão. Os estudos foram avaliados por dois revisores independentes. Foram incluídos estudos observacionais publicados de 2013 até junho de 2023, que analisaram os fatores de risco associados à depressão pós-partos em puérperas em idade fértil, nos idiomas inglês e português. Foram excluídos artigos do tipo relatos de caso, séries de caso, estudos com adolescentes e estudos de revisão sistemática. A análise da qualidade quanto ao risco de viés dos artigos foi feita através do *Joanna Briggs Institute (JBI) Checklist for Analytical Cross Sectional Studies e Joanna Briggs Institute e Checklist for Cohort Studies*. **Resultados:** De um total de 200 artigos identificados nas bases de dados, foram selecionados sete estudos para a leitura integral. Foram extraídos da base de dados do PubMed 197 artigos, dois do LILACS e um foi encontrado na plataforma da SciELO. Foram explorados doze desfechos, considerados como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento da DPP. **Conclusão:** Os estudos analisados mostraram que, apesar de ser multifatorial, a depressão pós-parto pode ser minimizada se houver a identificação precoce dos sintomas por parte dos profissionais de saúde e caso seja uma questão mais discutida e valorizada pela sociedade- uma vez que ainda possuem poucos estudos sobre o tema, reduzindo assim, os riscos e consequências materno-fetais.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Gravidez. Parto. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a health problem that occurs after pregnancy and can manifest itself at any time during the first twelve months after childbirth. Maternal postpartum depression has several risk factors that impact not only the life of the postpartum woman, but also the life of the baby, affecting the relationship between the two and causing harm to the child's development. Such risk factors can be identified in advance by health professionals, so that there is adequate care and specialized management for women who suffer from the problem. **Objective:** To evaluate scientific evidence related to risk factors and complications in postpartum women, associated with postpartum depression. **Methodology:** The present study is a systematic review of the literature, guided by the PRISMA protocol. A data search was carried out on the PUBMED/MEDLINE, SciELO and Embase platforms, through the development of a search strategy with Boolean descriptors consistent with the topic in question. The studies were evaluated by two independent reviewers. Observational studies published from 2013 to June 2023 were included, which analyzed the risk factors associated with postpartum depression in postpartum women of childbearing age, in English and Portuguese. Articles that had a theme that disagreed with the proposal of this work were excluded, such as case reports, case series, studies with adolescents, duplicate studies and systematic review studies. The analysis of the quality of the articles was carried out using the Joanna Briggs Institute (JBI) Checklist for Analytical Cross Sectional Studies and the Joanna Briggs Institute (JBI) Checklist for Cohort Studies. **Results:** From a total of 200 articles identified in the databases, seven studies were selected for full reading. 197 articles were extracted from the PubMed database, two from LILACS and one found on the SciELO platform. Twelve outcomes were explored, considered the most important risk factors for the development of PPD. **Conclusion:** The studies analyzed showed that, despite being multifactorial, postpartum depression can be minimized if there is early identification of symptoms by health professionals and if it is an issue more discussed and valued by society - since they still have few studies on the topic, thus reducing maternal-fetal risks and consequences.

Keywords: Postpartum depression. Pregnancy. Childbirth. Health professionals.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.	6
2	OBJETIVO	8
3	REVISÃO DA LITERATURA	9
4	MÉTODOLOGIA	15
4.1	Desenho do Estudo	15
4.2	Critérios de Elegibilidade	15
4.3	Fontes de Informação	15
4.4	Estratégia de Busca	15
4.5	Processo de Seletivo	16
4.6	Processo de Coleta de Dados	16
4.7	Itens de Dados	16
4.8	Avaliação de Viés Metodológico	17
4.9	Métodos de Síntese	17
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	24
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é uma doença que acomete cerca de 15% das mulheres, manifestando-se nos dez primeiros dias após o parto e atingindo um pico de incidência no quinto dia(1) .Durante o puerpério, há variações hormonais no eixo HPA (Hipotálamo-Pituitária-Adrenal), nos níveis de ocitocina, serotonina, progesterona e associados aos cuidados com o recém-nascido, que levam à privação do sono da mulher. Tais mudanças nos padrões de sono, são um dos fatores de risco para a DPP. Além disso, a depressão prévia (não relacionada à gravidez), depressão no período pré-natal e disforia pré-menstrual, também entram como fatores que predisõem a doença (1).

Nesse sentido, surgem alterações de humor, fadiga, disforia, distúrbios alimentares e irritabilidade que podem levar a exaustão física e mental da mãe. No entanto, ainda que haja a presença de sintomas que trazem a sensação de inutilidade e culpa por parte da puérpera, procurar ajuda psiquiátrica e psicoterapeuta ainda é algo estigmatizado, o que leva à negligência do tratamento. Dessa forma, surge também o questionamento no que diz respeito ao uso de medicamentos antipsicóticos, na medida em que há uma preocupação da lactante em relação a amamentação do filho e o seu desenvolvimento neuropsicomotor (2,3).

Além do preconceito existente pela sociedade, há muitas vezes, a falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde, inclusive psiquiatras, sugerindo a suspensão da amamentação em casos de utilização de medicamentos psicotrópicos. Contudo, muitos fármacos podem ser utilizados em dosagens baixas, sem alterar a “relação mãe-bebê” que é essencial para construção do vínculo entre ambos. Para isso, requer que o profissional tenha um excelente preparo, visto que a amamentação não necessita ser suspensa dos hábitos de vida da puérpera e do neonato. Um exemplo disso, é o carbonato de lítio, padrão ouro na estabilização do humor, sendo necessário o acompanhamento especial durante o puerpério (3,4).

Outro fator importante a despeito das implicações da depressão pós-parto, é que além de todos os fatores hormonais, mudanças no corpo, privação do sono, existe um novo ser completamente indefeso, que necessita de cuidados (1) . Devido a isso, há não só a cobrança interna da genitora, mas também a cobrança da sogra, do marido, da família em si, ou seja, existe uma organização em torno da ideia de “maternidade ideal” que coloca em torno da mulher padronizações à cerca de como uma mãe deve agir (5)

Nesse momento, as relações interpessoais, como a conjugal pode ser alterada devido à recomendação de abstinência sexual no período puerperal (5). Outra questão importante, diz respeito a partos traumáticos, que envolvem a dor, sensibilidade vaginal, recuperação física e emocional da mulher, além de alterações anatômicas após a retirada dos pontos (caso necessite) que podem levar, em alguns casos, a um Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). Ademais, pode existir a redução da libido por parte do casal devido à fadiga, dedicação total ao recém-nascido e aos fatores anteriormente citados (5)

Assim, umas das possíveis consequências de todo este cenário é a tendência suicida na mulher perinatal, que deve ser avaliada por um profissional capacitado, visto que o histórico de doenças psicológicas anteriores, traumas, abusos sexuais, violência física e/ou psicológica e histórico de tentativa de suicídio, podem desencadear novas atitudes suicidas. Como consequência da DPP, o neonaticídio e o infanticídio surgem como principais riscos da psicose pós-parto, fatores de extrema relevância social (1)

Embora existam muitos estudos sobre a depressão pós-parto (DPP), verifica-se a predominância de estudos com fragilidades nos desenhos metodológicos, o que compromete as evidências científicas, resultantes destes. Como consequência, a prática clínica para o manejo de mulheres acometidas pela DPP, pode ser afetada, uma vez que, não existem diretrizes no âmbito nacional para guiar uma conduta de forma efetiva. Ressalta-se também que, há poucos estudos brasileiros sobre o tema e os existentes tomam como referência pesquisas internacionais. Com esse entendimento foi realizada esta pesquisa de revisão sistemática, com vistas a identificar os fatores de risco e as complicações decorrentes da DPP, uma vez que o impacto dessa repercute na qualidade de vida da puérpera, da criança e também onera o sistema de saúde. Além disso, o conhecimento médico no que tange a condutas mais eficientes e eficazes, provocará não só a maior segurança da puérpera e da família, como também da comunidade científica (4).

2 OBJETIVO

Avaliar evidências científicas relacionadas aos fatores de risco e complicações, em puerperas, associadas a depressão pós-parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Visão Geral: Efeitos da depressão na puérpera

A gravidez juntamente com o primeiro ano após o parto, é um dos momentos mais transformadores da vida de uma mulher ⁶. No entanto, existem alterações fisiológicas e psíquicas, a exemplo do “baby blues”, depressão leve que ocorre nas primeiras semanas após o parto e não possui relação com a DPP (depressão pós-parto). Há um relato de uma enfermeira pediátrica em *Richmond*, Amanda *Bumgarner*, em que o seu trabalho envolvia cuidar de bebês prematuros em situações complicadas e lidar com as mães, em muitos casos, privadas de sono. Após *Bumgarner* engravidar e passar pelo “baby blues”, sentiu um pânico avassalador quando sua melhor amiga, também mãe e cuidadora de crianças, segurou a sua filha. Mesmo entendendo que os seus sentimentos estavam fora dos padrões da “normalidade”, Amanda queria poder “desligá-los”. Nesse sentido, ela descreveu: “Minha filha não mamaria sem me destruir”. Tal descrição retrata que a mulher se sente fragilizada, uma vez que a amamentação é vista pela sociedade como algo natural ⁽⁷⁾. Em suma, o “baby blues” é visto também no âmbito fisiológico, pois como a gravidez altera o corpo, o sono, a pele e o humor da mulher, influenciando no contexto do aparecimento da depressão nas primeiras semanas após o nascimento da criança ^{1,7}.

Esse período também compreende um tempo complexo e vulnerável para a mãe, apresentando diversos desafios, pois existe um risco aumentado de agravamento ou aparecimento de doença psiquiátrica, a exemplo da depressão pós-parto, que se manifesta durante os três primeiros meses após o parto. Na gravidez, transtornos depressivos são comuns com estimativas populacionais recentes de 11% ⁽⁶⁾. Além desse fato, o apoio social inadequado e a história de eventos traumáticos na vida, aumentam o risco de problemas associados à saúde mental em todos os países e níveis da sociedade. Porém, esse risco é elevado em populações socioeconômicas menos favorecidas e em países de baixa renda devido à limitação com os cuidados de saúde⁸.

Nesse contexto, em mulheres com doença psiquiátrica grave pós-parto, o suicídio materno costuma ser uma preocupação predominante. Tal prevenção é fundamental e requer acompanhamento cuidadoso durante o pós-parto, podendo se estender para além do primeiro ano após o nascimento da criança. Um estudo, por exemplo, demonstrou que a maioria dos

suicídios no período pós-parto, ocorreu entre 9 e 12 meses após o parto e que os suicídios perinatais foram por meios altamente letais (a exemplo de arma de fogo), sugerindo que limitar o acompanhamento até 1, 3 ou 6 meses após o parto é insuficiente ⁹.

3.2 Terapia Medicamentosa:

Em relação à terapia medicamentosa, os antidepressivos como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (SNRIs), são a base do tratamento farmacológico para transtornos depressivos (6). As terapias podem ser utilizadas sozinhas ou em combinação com tratamentos psicológicos ou psicossociais. Nesse âmbito, muitas famílias e gestantes, incluindo seus parceiros, têm a preocupação no que tange à segurança na utilização dos antidepressivos durante a amamentação. Entretanto, alguns profissionais de saúde não detêm a informação sobre o fato de que o uso de antidepressivos no puerpério, não é uma contraindicação para a amamentação (7).

Não obstante, a passagem dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (SNRIs) para o leite materno varia muito entre os medicamentos, mas a maioria atravessa em menos de 10% da dose materna que é compatível com a amamentação. Normalmente, é indicado que haja mudança no medicamento antidepressivo ou alterar a dose do medicamento, deixando-a mais baixa devido a passagem para o leite materno, no período perinatal. Para a depressão pós-parto de início recente, a Sertralina é frequentemente recomendada como tratamento farmacológico devido à sua passagem mínima para o leite materno (6,7)

No entanto, pacientes que já têm uma história prévia de transtornos psiquiátricos, as terapias que demonstraram eficácia devem ser consideradas, mesmo aquelas que apresentaram menos dados estatísticos sobre segurança durante a amamentação. Outros ISRSs, SNRIs ou Mirtazapina (antidepressivo atípico) também têm passagem mínima para o leite materno, sendo, portanto, mais incomum que tais medicamentos sejam motivo de preocupação, após orientação adequada (2,4)A Bupropiona (antidepressivo atípico) é um medicamento que, geralmente, não é administrado em lactantes devido a relatos de casos de convulsões infantis associadas à exposição da droga. Nos casos de depressão e/ou ansiedade grave (com ou sem características psicóticas), antidepressivos mais antigos e outras terapias como benzodiazepínicos ou antipsicóticos, podem ser utilizados. Além disso, anticonvulsivantes (medicamentos

antiepiléticos) são utilizados com menos frequência durante o puerpério como estabilizadores do humor, devido ao risco de teratogenicidade. Por fim, o manejo de uma lactante com episódio psiquiátrico grave é desafiador, devido às preocupações com a exposição do leite materno a terapias farmacológicas, com a preservação neuropsicomotora da criança e a integridade física/mental da puérpera (6)

Figura 1- Manejo dos transtornos psiquiátricos⁷

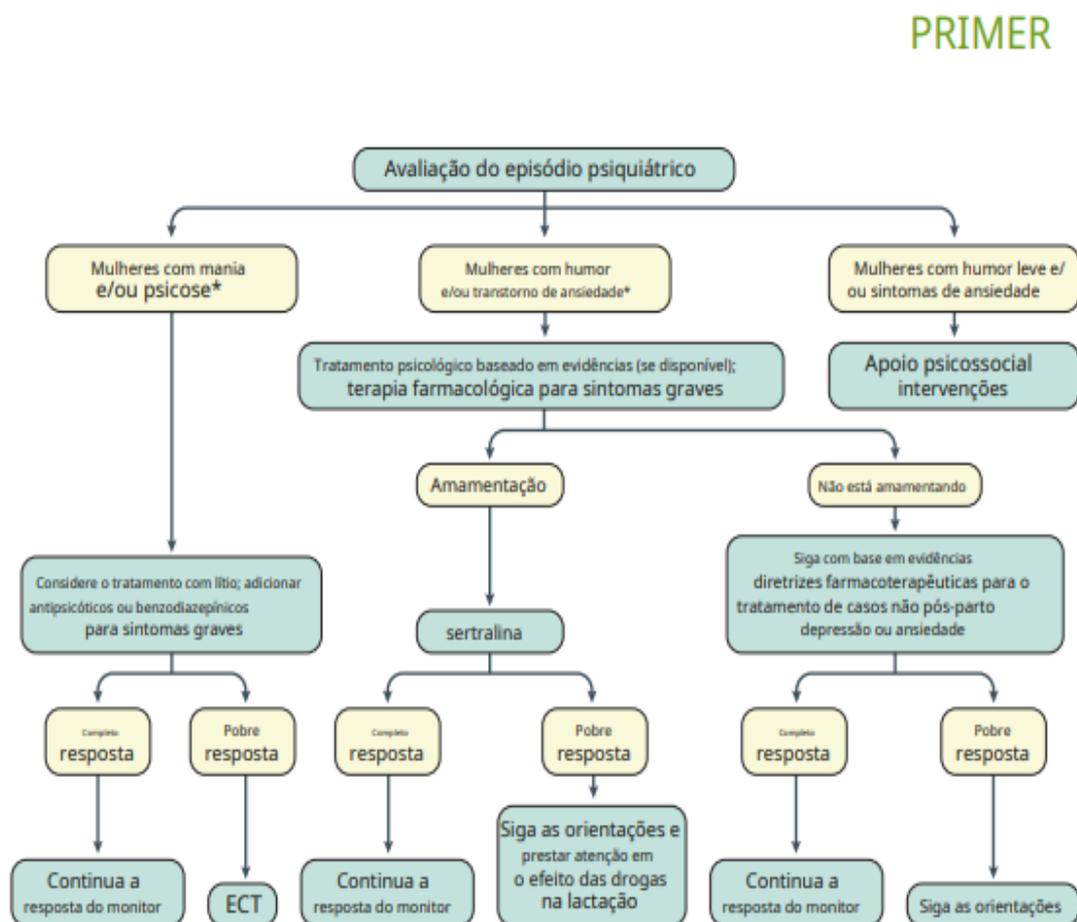


Figura 2 | **Gestão de PPDs de início.** O manejo dos transtornos psiquiátricos pós-parto (DPPs) deve levar em consideração o diagnóstico (como psicose, ansiedade ou depressão), a gravidade dos sintomas e, com relação aos transtornos de humor e ansiedade, se a mãe está amamentando. *Em qualquer etapa do tratamento, a terapia eletroconvulsiva (ECT) pode ser considerada

3.3 Opinião dos profissionais de saúde:

Um estudo feito em 2013, realizado através de um link enviado por e-mail num grupo fechado de psiquiatras na Turquia (8) identificou que 40,7% deles votou na opção “geralmente” em que dizia recomendar interromper o uso das drogas psiquiátricas durante a gestação, caso a mulher estivesse fazendo uso de alguma, independente de qual fosse. Tal estudo demonstra que há um

despreparo pelos psiquiatras, uma vez que a interrupção de uma medicação psicotrópica, sem motivo aparente, pode desencadear o agravamento do transtorno psiquiátrico que a mulher possui, levando à problemas maiores inclusive no puerpério. Os psiquiatras do estudo, sentem-se mais seguros em receitar as medicações no período da lactação em vez de passar durante a gravidez (4)

Outra questão é que, nesse mesmo questionário, os profissionais que lidam e são formados, recomendaram a interrupção da gravidez, caso a mulher faça uso de alguma droga psiquiátrica (36,9%), o que mostra a falta de conhecimento sobre o tema. Esses mesmos profissionais relataram nas pesquisas estar aptos a orientar e dar todo o tipo de suporte emocional e científico a puérperas que enfrentam a depressão pós-parto (8)

3.4 Tratamento humanizado:

Como os sintomas flutuam muito e são bem comuns em mulheres com psicose pós-parto, os pensamentos de infanticídio ou suicídio geralmente ficam bem ocultos. Dessa forma, o tratamento ambulatorial passa a não ser tão eficaz e seguro, sendo recomendada a internação psiquiátrica para avaliação diagnóstica e período de tratamento. O cenário ideal de tratamento seria aquele onde houvesse a internação conjunta mãe-bebê, mas essas unidades não estão disponíveis no Brasil e em todo o mundo. Seria recomendável a transferência da mãe apenas para um hospital especializado em cuidados psiquiátricos perinatais ou saúde mental da mulher, admissão em um ambiente padrão de internação de saúde mental. Caso essas instalações não estivessem disponíveis, faria uma avaliação cuidadosa da segurança da mãe e do infantil, tratamento intensivo em casa quando possível com supervisão apropriada (9)

Todavia, o cenário é desfavorável. Há mulheres que enfrentam o internamento, passando períodos distante da família e do recém-nascido, sentindo-se culpadas por “rejeitar” a criança no puerpério e não saber como cuidar do seu filho no retorno para o lar, uma vez que não receberam orientação ou suporte adequados a fim de lidar com essa nova realidade. Nesse âmbito, um estudo feito por mulheres em Londres, compartilhou opiniões ao trazer a ideia de existirem aplicativos ou sites, que possuam o compartilhamento de experiências de mães que tenham algum tipo de transtorno e/ou tiveram dificuldade de aceitação com o seu bebê e tragam informações de como foi esse período da gestação/ pós-parto (9). Além de ser extremamente cansativo, o excesso de hormônios, a mudança do corpo, acne, queda capilar, estrias,

amamentação, mudança do sono, as puérperas lidam com questões de saúde mental preexistentes ou adquiridos devido à toda dificuldade que esse momento traz. É necessário reconhecer que a saúde mental materna é uma questão de saúde pública e defender/proteger essa população é um cuidado que os profissionais de saúde precisam levar em consideração (10)

3.5 Fatores de risco associados à depressão pós-parto

A depressão pós parto (DPP) é classificada pela psiquiatria como um Transtorno Depressivo Maior (TDM), que geralmente tem o especificador de ter o início dentro do período de um mês após o parto. Entretanto, a depressão que acomete mulheres no período do pós parto, pode começar durante a gravidez ou após o primeiro mês do parto. Nesse contexto, há o aparecimento de sintomas na puérpera, tais como o humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas, que devem estar presentes por pelo menos duas semanas para entrar na classificação de TDM. Além disso, poder estar presentes sintomas como distúrbios do sono, do apetite, diminuição da concentração, pensamentos associados à inutilidade e até mesmo, pensamentos suicidas. Nesse sentido, surgem os fatores de risco associados à DPP, que podem ser identificados previamente pelos profissionais de saúde, a fim de minimizar as consequências na interação mãe-bebê, a fim de que estes sejam beneficiados através de um maior apoio psicossocial para prevenir patologias afetivas (11)

Os fatores de risco associados à DPP podem ser identificados através do histórico pessoal e familiar de episódios depressivos relacionados à mãe, ou seja, seus antecedentes psiquiátricos e fatores relacionados aos estressores psicossociais, aqueles que interferem diretamente na vida da puérpera. Dentre os fatores associados aos antecedentes psiquiátricos, em que há um risco estimado em 50 a 62% maior para desenvolver um episódio depressivo durante a gravidez entre mulheres que já possuem um histórico prévio de DPP(12). Por outro lado, no que diz respeito aos estressores psicossociais, o baixo risco socioeconômico surge como um fator de risco responsável pelo desenvolvimento da depressão, uma vez que os meios financeiros, quando limitados na criação de um bebê, elevam a carga de estresse da mãe, podendo culminar numa DPP. Outra associação pertinente é entre os baixos níveis de escolaridade e o desenvolvimento da depressão, uma vez que tal fator está relacionado ao fato de que, um rendimento mais baixo está intimamente relacionado à um baixo nível de educação.(11,12)

Além disso, outro fator de risco importante relacionado à DPP é a gravidez indesejada, na medida em que há um risco elevado de desenvolvimento da depressão pós parto entre mulheres com uma atitude negativa em relação à descoberta da gravidez que não teve um planejamento. Outro fator de risco de suma importância, tem a ver com a rede de apoio familiar e social, que pode ser oferecida também pelo parceiro da puérpera, ressaltando o “estado civil” como fator fundamental para o aparecimento da DPP, uma vez que mães divorciadas ou sem companheiro e que terminaram o relacionamento durante a gravidez, possuem uma maior predisposição para o desenvolvimento dos sintomas depressivos durante o puerpério.

A multiparidade é um fator que está relacionado à DPP devido a maior carga de cuidados que mais de uma criança pode vir a demandar e ao estresse psicossocial. No que diz respeito a este tema, a amamentação surge como associada ao elevado risco de uma possível DPP. Nesse sentido, mulheres que utilizam técnicas de aleitamento artificial, possuem um risco maior de desenvolver a depressão aos seis meses pós parto, sendo, portanto, a amamentação um importante fator de proteção para evitar a DPP. Ademais, a idade materna surge como fator de risco associando mães adolescentes como grupo de risco para manifestação da DPP, porém os sintomas depressivos também podem surgir em mães com idades mais avançadas, sendo tal fator, de certa forma, controverso. Dessa forma, é importante que haja o rastreio da DPP por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os fatores de risco estão baseados na associação entre o estresse psicossocial vivido pela puérpera e os antecedentes psiquiátricos/familiares da mãe. Assim, haverá maior apoio psicossocial, ou seja, aconselhamento social, apoio familiar, de amigos e dos profissionais de saúde, a fim de prevenir a depressão pós parto(12)

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo:

Trata-se de um estudo com o desenho de uma Revisão Sistemática sem metanálise, devido à originalidade dos dados é classificado como secundário. Foi utilizado o protocolo PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*¹³ que orienta e apresenta as Revisões Sistemáticas, sendo utilizado como guia neste estudo.

4.2 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos artigos publicados de 2013 até junho de 2023, observacionais, tipo coorte, caso controle, transversais; de intervenção tipo ensaios clínicos randomizados e não randomizados. Foram excluídos artigos do tipo relatos de caso, séries de caso, estudos com adolescentes, e estudos de revisão.

4.3 Fontes de Informação

Para identificação dos artigos foram utilizadas as bases de dados PubMed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e EMBASE.

4.4 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de busca foi guiada pela seguinte questão de pesquisa: o que a literatura científica tem discutido sobre os fatores de risco e complicações associadas DPP, em puérperas com até 12 meses após o parto? Foram utilizadas as estratégias PECO e PICO, sendo considerado o P (população) = puérperas; E (exposição) = depressão pós-parto; I (intervenção) = participação da gestante em grupos de apoio durante o período pré-parto. C (controle) = gestantes que realizaram pré-natal padrão; O (outcomes = resultados) fatores de risco e complicações.

A definição de descritores controlados tomou como referência os Descritores em Ciências e Saúde (DeCS) e termos MESH (Medical Subject Headings). Os seguintes descritores foram utilizados nas bases de dados em inglês, com a seguinte estratégia: *impacts AND ("mental health" OR depression OR "postpartum depression") AND (pregnan* OR gestation OR postpartum OR breastfeeding OR puerperium)*. Apenas no Embase que a estratégia foi alterada, devido diferenciação adotada por essa Plataforma: *(('mental health'/exp OR 'mental health') AND ('depression'/exp OR depression) OR 'postpartum depression'/exp OR 'postpartum*

depression') AND (*'pregnancy'/exp OR pregnancy*) OR *'gestation'/exp OR gestation OR postpartum OR breastfeeding OR 'puerperium'/exp OR puerperium*

4.5 Processo de seleção:

O processo de seleção de estudos iniciou-se em abril de 2023, aplicando-se as estratégias de busca, sendo finalizado em 30 de junho 07 (sete) de outubro deste mesmo ano. Os estudos foram pré-selecionados por dois revisores de forma independente. Os artigos encontrados após a devida aplicação da estratégia de busca nas bases de dados eleitas, tiveram os seus títulos e resumos lidos e as discordâncias de seleção foram resolvidas pela consulta de um terceiro revisor experiente, sendo escolhidos somente aqueles que atenderam ao critério de inclusão.

4.6 Processo de coleta de dados

Os dados foram coletados através de um formulário contendo itens relacionados as características dos artigos que compuseram a amostra, tais como, país, periódico, objetivos autor/ano, tipo de estudo, tamanho da amostra, bem como as variáveis relacionadas no tópico 4.7. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados próprio numa tabela da Microsoft Excel, sendo extraído manualmente.

4.7 Itens de Dados (Variáveis)

- Idade das mulheres.
- Abuso de substâncias (álcool ou outras drogas).
- Nível socioeconômico
- Antecedentes de doenças psiquiátricas
- Grupo étnico
- Violência doméstica
- Ideação suicida
- Rede de apoio (apoio familiar/paterno)
- Complicação no parto
- Tipo de parto
- Dificuldades relacionadas à amamentação
- Histórico de gestações prévias

4.8 Avaliação da qualidade metodológica

Seguindo o protocolo PRISMA, alguns instrumentos foram utilizados para avaliar a qualidade metodológica e risco de viés dos estudos selecionados. Esses instrumentos foram utilizados por dois revisores independentes, que fizeram a análise de forma individual e sem comunicação. Para os estudos transversais analíticos, foi utilizado *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*, do Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁴; para os estudos de coorte retrospectiva, o *Checklist for Cohort Studies* do JBI¹⁵; para os ensaios clínicos randomizados, o *Checklist for Randomized Controlled Trials* do JBI¹⁶ e o *Checklist for studies reporting prevalence and incidence data* também do JBI¹⁷. Tais checklists consistem em instrumentos para a análise de vieses nos seguintes domínios: seleção dos pacientes, comparabilidade dos grupos no estudo, métodos para mensuração da exposição, identificação dos vieses e uso de estratégias para lidar com estes, métodos para avaliação dos desfechos, tempo de seguimento adequado, estratégias adotadas para minimizar a perda de *follow up* e adequação da análise estatística. Foram incluídos estudos que atenderam o mínimo de 70% em cada *checklist* utilizado.

4.9 Métodos de síntese

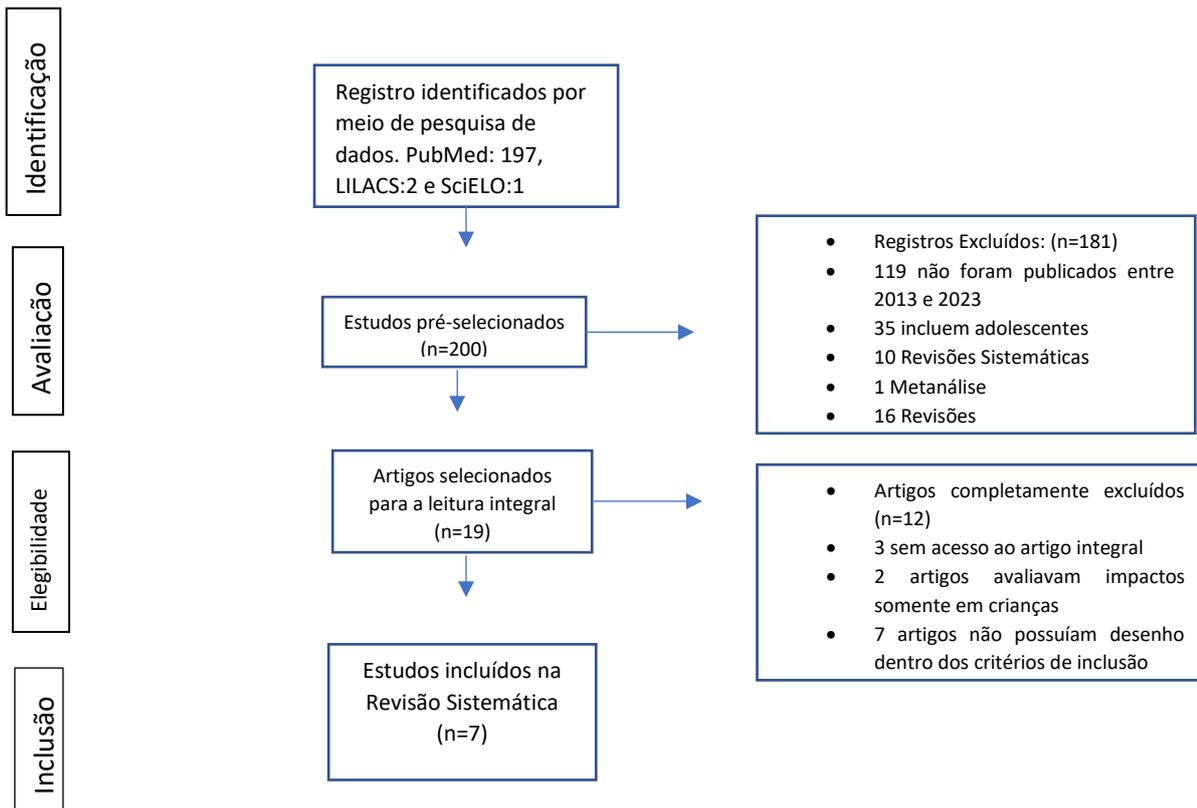
Os dados obtidos neste estudo foram sintetizados em quadros e apresentados de forma descritiva.

5 RESULTADOS

5.1 Identificação e seleção dos estudos

A partir dos descritores selecionados, foram obtidos no total de 200 artigos, nas bases de dados utilizadas, dos quais 197 artigos foram extraídos da base de dados do PubMed, dois do LILACS e um foi encontrado na plataforma da SciELO. O fluxograma abaixo resume o processo de exclusão dos artigos, resultando num total de sete artigos para a leitura integral, sendo este o total que compo a amostra deste estudo, uma vez que, fizeram parte dos critérios de inclusão deste estudo.

Figura 1- Fluxograma de seleção de artigos



5.2 Análise de Risco de Viés Metodológico

Conforme mencionado na metodologia, os estudos foram analisados com base nos *Checklists* do *JBÍ*. Os estudos transversais analíticos foram analisados com base no *Joanna Briggs Institute (JBÍ) Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*¹⁴, os estudos de coorte retrospectiva *Checklist for Cohort Studies*¹⁵, para os ensaios clínicos randomizados o *Checklist for Randomized Controlled Trials*¹⁶ e, para estudos transversais descritivos, o *Checklist for studies reporting prevalence and incidence data* também do *JBÍ*¹⁷. Todos os artigos tiveram sua qualidade metodológica acima do padrão mínimo de 70% dos critérios preenchidos. O detalhamento dessa análise está demonstrado nos Quadros 1, 2, 3 e 4.

Quadro 1 - Lista de verificação de avaliação crítica com *Checklist* do *JBÍ*, para estudos transversais analíticos. Outubro, 2023. Salvador, BA.

Itens Avaliados	Goweda, et al ¹⁸			
	S	N	I	NA
1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	S			
2. Os assuntos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?	S			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	S			
4. Critérios objetivos e padrão foram usados para medir a condição?	S			
5. Foram identificados fatores de confusão?	S			
6. As estratégias para lidar com fatores de confusão foram declaradas			I	
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	S			
8. Foi utilizada a análise estatística apropriada?	S			

Legenda: S=sim; N=não; I=impreciso; NA=não se aplica.

Quadro 2 - Lista de verificação de avaliação crítica com *Checklist* do JBI, para estudos de coorte. Outubro, 2023. Salvador, BA.

Itens Avaliados	Bard, <i>et al</i> (2018) ¹⁹	Rahman, <i>et al</i> (2015) ²⁰	McKean, <i>et al</i> (2017) ²¹
1. Os dois grupos são semelhantes e recrutados da mesma população?	N	S	NA
2. As exposições foram mensuradas da mesma forma nos grupos com exposição e sem exposição?	N	S	NA
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	S	S	S
4. Foram identificados fatores de confusão?	S	S	N
5. As estratégias para lidar com fatores de confusão foram declaradas?	S	S	N
6. Os participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?	S	S	S
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	S	S	S
8. O tempo de acompanhamento relatado foi suficiente para ocorrência dos resultados?	S	S	S
9. O acompanhamento foi completo, e se não, as razões para perda de seguimento foram descritas e exploradas?	N	S	S
10. Estratégias para perda de seguimento foram usadas?	N	I	S
11. Foi utilizada a análise estatística apropriada?	S	S	S

Legenda: S=sim; N=não; I=impreciso; NA=não se aplica.

Quadro 3 - Lista de verificação de avaliação crítica com *Checklist* do JBI, para ensaios clínicos randomizados. Outubro, 2023. Salvador, BA.

Itens Avaliados	Autores				Assumpta, <i>et al</i> (2014) ²²				Popo, <i>et al</i> (2017) ²³			
	S	N	I	NP	S	N	I	NA	S	N	I	NA
1. A verdadeira randomização foi usada para atribuição dos participantes a grupos de tratamento?			S				S				S	
2. A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?			S				S				S	
3. Grupos de tratamento eram semelhantes na linha de base?			S				S				S	
4. Os participantes foram cegos para a tarefa de tratamento?			S				S				S	
5. Aqueles que estavam fazendo tratamento cego para a tarefa de tratamento?			NA				NA				N	
6. Os resultados eram cegos para a tarefa de tratamento?			NA				NA				S	
7. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica além da intervenção de interesse?			S				S				S	
8. O seguimento foi completo e, se não, foram as diferenças entre os grupos em termos de seu acompanhamento adequadamente descritos e analisados?			S				S				S	
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?			S				S				S	
10. Os desfechos foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?			S				S				S	
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?			S				S				S	
12. A análise estatística apropriada foi usada?			S				S				S	
13. O projeto de ensaio foi apropriado, e quaisquer desvios do projeto RCT padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram contabilizados na condução e análise do ensaio?			S				S				S	

Legenda: S=sim; N=não; I=impreciso; NA=não se aplica.

Quadro 4 - Lista de verificação de avaliação crítica com *Checklist* do JBI, para estudos de Prevalência (transversais descritivos). Outubro, 2023. Salvador, BA

Autor	Menta; Souza. (2010) ²⁴			
	S	N	I	NA
Itens Avaliados				
1. O quadro de amostra foi apropriado para atender à população-alvo?	S			
2. Os participantes do estudo foram amostrados de forma adequada?	S			
3. O tamanho da amostra era adequado?		N		
4. Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?	S			
5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?		N		
6. Foram utilizados métodos válidos para a identificação da condição?	S			
7. A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes?	S			
8. Houve análise estatística apropriada?	S			
9. A taxa de resposta foi adequada e, se não, a baixa taxa de resposta foi gerenciada adequadamente?	S			

Legenda: S=sim; N=não; I=impreciso; NA=não se aplica.

5.3 Características gerais dos estudos analisados:

As características gerais dos artigos foram descritas no Quadro 6. Dos sete artigos selecionados, foram publicados entre os anos de 2013 e 2023. Conforme pode ser verificado houve predomínio de ensaios clínicos randomizados. Os estudos analisados somaram uma amostra de 1.144 mulheres.

Quadro 5 – Características Gerais dos Artigos que Compuseram Amostra do Estudo. Salvador, Bahia. 2023.

País de Origem	Autor (ano)	Título	Desenho do Estudo	Objetivos	N
Reino Unido	Popo, et al. (2017) ²³	Efeitos do apoio leigo a mulheres grávidas com fatores de risco social no desenvolvimento infantil e na saúde psicológica materna aos 12 meses pós-parto	ECR	Investigar se o apoio leigo para gestantes com risco de desenvolver DPP (depressão pós parto), poderia minimizar as consequências temporais da depressão materna, a exemplo do desenvolvimento cognitivo, social, emocional e físico, tanto da mãe, quanto do bebê durante o puerpério.	279
Egito	Gowed, et al. (2020) ¹⁸	Prevalência e fatores de risco associados a depressão pós-parto: um estudo transversal.	Estudo Transversal Descritivo	Identificar os fatores de risco associados à depressão pós parto e estimar a sua prevalência	152
Estados Unidos	Badr, et al. (2018) ¹⁹	O efeito da depressão pós-parto no vínculo mãe-bebê é universal?	Coorte prospectiva	Investigar se a depressão pós parto traz consequências no vínculo entre a mãe o bebê.	184
Brasil	Menta; Souza. (2010) ²⁴	Depressão pós-parto: sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê.	Estudo Transversal Descritivo	Avaliar a depressão pós parto em puérperas que tiveram gestação de risco e as consequências desse transtorno para a mãe e o bebê.	20
Espanha e França	Assumpta, et al. (2014) ²²	Programação psicossomática pré-natal para reduzir o risco de depressão pós-parto e melhorar os resultados do parto: um ensaio clínico randomizado em Espanha e França.	ECR	Testar o impacto de um programa de pré-natal psicossomático, destinado a diminuir os sintomas da depressão pós parto, através da avaliação utilizando a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS).	150
Estados Unidos	McKean, et al. (2018) ²¹	Depressão pós-parto: quando os prestadores de cuidados de saúde devem identificar as pessoas em risco?	ECR	Analisar quais fatores são responsáveis pela depressão materna durante os 12 primeiros meses após o parto.	237
Reino Unido	Rahman, et al. (2016) ²⁰	O impacto da depressão perinatal na amamentação exclusiva: um estudo de coorte	Coorte Prospectiva	Identificar se há uma associação entre a redução do leite materno e a cessação precoce da amamentação nas mulheres com depressão pós parto	154

Fonte: Autoras da pesquisa

Legenda: ECR = Ensaio Clínico Randomizado

5.4 Variáveis dos estudos que compuseram a amostra:

A análise dos objetivos que compuseram cada estudo, mostrou que há uma preocupação em comum entre os sete artigos em identificar os principais fatores de risco que podem levar à uma depressão pós parto. Dentre as variáveis analisadas no Quadro 6, a variável “idade materna” é citada pela maioria dos artigos¹⁸⁻²¹.

As variáveis “estado civil” e “rede de apoio” também foram citadas como um dos principais fatores de risco para a depressão pós-parto. Além disso, a variável “antecedentes psiquiátricos”, apesar de ter sido citada por três dos sete autores^{19,22,24}, são bastante relevantes na identificação prévia da DPP. Já o fator de risco que diz respeito à “amamentação exclusiva”, teve maior enfoque através do artigo de *Popo, et al (2017)*²³

O “Nível socioeconômico” e a rejeição da gravidez (não aceitação) são os fatores que mais influenciam no aparecimento da DPP, de acordo com Menta e Souza (2010)(13). Dessa forma, *McKean, et al (2017)*²¹ traz dados em seus estudos que comprovam que, as mães em família que ganhavam US\$ 50.000/ano ou menos, tinham uma probabilidade maior de apresentarem resultados positivos para a depressão aos seis meses após o parto (P=0,017) e aos 12 meses pós-parto (P=0,006).

Já a variável “Grau de escolaridade” só não foi citada por um dos artigos (Menta; Souza, 2010)²⁴, recebendo destaque em todos os outros. Outra questão de suma importância, citada por quatro autores^{18-20, 24} e comprovada como um fator que altera a relação mãe-bebê foi a variável “complicação no parto/tipo de parto.

As variáveis “abuso de substâncias”, “violência doméstica” e “multiparidade” são variáveis bastante discutida pelos artigos. No estudo realizado por Goweda *et al (2020)*¹⁸, constatou que a multiparidade aumenta o fardo físico e financeiro, devido ao cuidado que uma criança demanda, elevando assim, o estresse familiar e o risco do desenvolvimento da DPP. Nas variáveis “violência doméstica” e “abuso de substâncias”, nota-se nos estudos que as mulheres possuem uma maior probabilidade de não dar continuidade aos cuidados pré-natais, deixando de manter contatos regulares com os serviços de saúde durante a gestação, fato comprovado pelos estudos de *Popo et al (2017)*²² e *Bard et al (2018)*¹⁹. Por fim, há a variável “planejamento da gravidez”, foi discutida por Goweda *et al (2020)*¹⁸.

Quadro 6 – Variáveis Eleitas na Revisão. Salvador, Bahia, 2023.

Autor(es) Variáveis	Rahman, et al (2015)²⁰	McKean, et al (2018)²¹	Assumpta, et al (2014)²²	Badr, et al (2018)¹⁹	Menta; Santos (2010)²⁴	Goweda, et al (2020)¹⁸	Popo, et al (2017)²³
Idade materna	S	S	N	S	N	S	N
Estado civil	N	N	S	N	N	S	S
Rede de apoio	S	N	S	S	N	S	S
Antecedentes psiquiátricos	N	N	S	S	S	N	N
Amamentação exclusiva	S	N	N	N	N	S	N
Nível socioeconômico	N	S	S	N	S	S	S
Grau de escolaridade	S	S	S	S	N	S	S
Complicações na gravidez/tipo de parto	N	S	N	S	S	S	N
Abuso de substâncias	N	N	N	S	N	N	S
Violência doméstica	N	N	N	S	N	N	S
Multiparidade	N	N	S	N	N	S	N
Planejamento da gravidez	S	S	S	S	N	S	S

Fonte: Próprio autor. Legenda **S**: SIM; **N**: NÃO.

6. DISCUSSÃO

As características gerais das amostras evidenciaram que há diversas variáveis associadas ao desfecho da DPP e que em conjunto ou até mesmo separadamente, podem afetar a saúde mental da mulher, levando à depressão pós parto. No entanto, existem fatores de risco que aumentam a propensão/predisposição da DPP, que podem ser identificados e prevenidos pelos profissionais de saúde, contribuindo para a redução dos casos entre as puérperas²¹. Nesse sentido, no que diz respeito a idade materna, é relatado no estudo de *McKean, et al (2018)*²¹ como de extrema importância, quando foi identificado que, mulheres mais jovens possuem maior predisposição à DPP, uma vez que possuem menos escolaridade e rendas mais baixas. No entanto, o estudo de *Goweda, et al (2020)*¹⁸ contrapõe este resultado, na medida em que afirma que, mulheres com idade mais avançada apresentam maiores risco de depressão. Corroborando com esse último resultado *Shin, et al (2020)*²⁵, relataram em seus estudos que a idade avançada tem influência na alta prevalência da DPP, ou seja, mães com mais de vinte e cinco anos, tiveram uma probabilidade maior de apresentar sintomas depressivos no pós parto.

Com relação ao “estado civil” e “rede de apoio”, verificou-se grande destaque entre os artigos de *Goweda et al (2014)*¹⁸ e *Popo et al (2017)*²³ que compuseram amostra desta revisão. Tais autores consideraram como impacto significativo quando a mulher recebe o apoio do cônjuge/parceiro no período gestacional/puerperal e, da mesma maneira, quanto maior a rede de apoio, maior a facilidade que ela possuirá no cuidado com o bebê e consigo mesma. Nesse sentido, *Badr, et al (2018)*¹⁹ também observaram em seus estudos que a rede de apoio está intimamente relacionada à depressão em 10 a 12 meses, demonstrando que uma rede enfraquecida, aumenta o risco de depressão. Um achado interessante neste estudo, foi que o apoio de amigos recebeu as pontuações mais altas, fornecendo maior ajuda em relação aos próprios membros da família. Nesse sentido, *Goweda, et al (2020)*¹⁸ demonstraram ainda que existe o apoio social estrutural informal, essencialmente aquele que não é dado por um parceiro. Neste mesmo estudo, a variável “estado civil” está associada à DPP, quando demonstram que mulheres divorciadas ou viúvas eram mais propensas a desenvolver a depressão. Dessa maneira, favorecendo tal ideia, o estudo de *Shin, et al (2020)*²⁵, constata que o estado civil está intimamente ligado à depressão pós parto, na medida em que mulheres solteiras tiveram probabilidades significativas no desenvolvimento de sintomas depressivos.

Com relação aos “antecedentes psiquiátricos”, apenas três estudos avaliaram esta variável^{18, 19, 24}. No entanto, essa variável é de grande significância, uma vez que a depressão pré-existente é um fator de risco que está correlacionado à DPP, visto que o humor materno irá influenciar na relação mãe-bebê, ou seja, quando a mãe possui o devido acompanhamento psíquico antes da gravidez, há o maior gerenciamento dos seus sentimentos em relação à preparação para o parto e a chegada do recém-nascido, além de um maior conhecimento no que diz respeito a si mesma, facilitando a interação entre os dois, segundo comprova *Badr, et al (2018)*¹⁹. Nesse âmbito, a mesma variável é analisada por *Andersson, et al (2016)*²⁶ ao descrever em seus estudos que a mulher que apresenta histórico familiar e pessoal de depressão, possui um maior risco para o desenvolvimento da depressão no período puerperal.

No que diz respeito à “amamentação exclusiva”, o estudo de *Rahman, et al (2016)*²⁰, destacam que uma das formas de interação mãe-bebê acontece através da amamentação, em que a depressão do período perinatal surge associada à desnutrição infantil, uma vez que segundo o estudo, a depressão está associada à interrupção precoce da amamentação. Foi constatado em tal artigo, ao realizar um estudo com mulheres que tinham DPP e outras que não tinham a depressão, demonstrando que a duração da amamentação exclusiva no grupo não deprimido foi maior mais de 17 dias e 22 dias a mais do que no grupo de depressão persistente. Nesse quesito, a mesma ideia é confirmada no estudo de *Mckean, et al (2018)*²⁴, ao descreverem que a duração da amamentação é menor para bebês de mães com DPP. Sobre esta variável, amamentação exclusiva, não foram identificados estudos que corroborassem ou fizessem algum contraponto com esses achados.

Quanto ao “nível socioeconômico” e ao “grau de escolaridade”, o artigo de *Goweda, et al (2020)*¹⁸, demonstraram que num total de 237 puérperas entrevistadas em seu estudo, apenas 56 sabiam ler e escrever e somente 34 cursaram o ensino superior. *Popo, et al (2017)*²³ também fazem uma relação na qual mostra que, mulheres com baixo grau de escolaridade possuem uma tendência mais elevada a ter rendas menores, contribuindo para o aumento da DPP, uma vez que elas recebiam menos cuidados e sentiam que davam uma menor assistência financeira ao bebê, aumentando o sentimento de tristeza entre as puérperas. Da mesma maneira, no artigo de *Menta e Souza (2010)*²⁴, algumas puérperas relataram que “a vida estaria melhor” se elas estivessem com uma condição financeira mais favorável, se conseguissem um emprego novo ou mudar de residência, confirmando que a condição socioeconômica é um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão pós parto. O estudo de *Shin, et al (2020)*²⁵

também confirma tais achados, uma vez que demonstra que mães que possuem baixa escolaridade, possuem maior chance de desenvolver a DPP. Outro estudo realizado por *Norhayati, et al (2015)*²⁷, mostrou que o baixo estatuto socioeconômico é um fator de risco para a depressão pós parto, confirmando que o baixo nível de escolaridade, baixa renda e desemprego são fatores associados à depressão no período puerperal.

Outra questão de suma importância, citada por quatro autores¹⁸⁻²¹, e comprovada como um fator que altera a relação mãe-bebê foram as variáveis “complicação no parto” e “tipo de parto” que pode ser traumatizante para a mãe, não só durante o momento do parto, mas também quando o bebê necessita ser transferido para UTI neonatal, de acordo com o estudo feito em mulheres internadas com seus bebês em UTIN, significando níveis mais elevados de ansiedade por parte das puérperas, segundo *Badr, et al (2018)*¹⁹. No que se refere a variável “tipo de parto”, *Norhayati, et al (2015)*²⁷ apresentaram resultados mistos, na medida em que estudos de coorte mostraram que o tipo de parto não está associado à DPP, enquanto que outro estudo demonstrou um nível estatisticamente elevado de DPP entre mães que foram submetidas à cesareana.

Referente ao “abuso de substâncias”, dois artigos^{19,23}, abordaram sobre a mesma vertente, que mulheres que possuem fatores sociais complexos, ou seja, fazem uso de substâncias (álcool ou outras drogas), não conseguem manter o acompanhamento regular com os serviços de saúde durante a gravidez e têm maior probabilidade de procurar os cuidados pré-natais mais tarde, podendo até abandonar as consultas. Além disso, o estudo de *Popo, et al (2017)*²³ traz que, o uso de drogas e/ou álcool na gravidez pode ter implicações no desenvolvimento motor grosso do bebê, além do risco da interrupção da gravidez. Entretanto, apesar de ser uma variável que demanda uma discussão mais aprofundada, no âmbito da DPP, não foram identificados estudos que dialogassem com esses resultados.

Em relação a variável “violência doméstica”, é notória a ausência de estudos. Somente dois artigos^{19, 23} citaram, mas, de forma superficial, sem muito aprofundamento. Entretanto, um estudo feito nos Estados Unidos por *Agrawal, et al (2014)*²⁸, demonstraram que há um risco 1,5 a 2 vezes maior de sintomas depressivo e DPP em mulheres expostas à Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) em comparação com mulheres não expostas. Segundo o estudo, existe a VPI emocional, em que a mulher sofre agressões verbais, é ameaçada, humilhada ou insultada, a VPI física (ou seja, empurrar, agarrar, sufocar, etc) e VPI sexual (sexo forçado, atos sexuais forçados), nos últimos seis meses pós parto pelo seu parceiro atual. Desse modo, o estudo

mostrou não só agravamento da DPP, como também o aumento de TEPT (Transtorno do Estresse Pós Traumático) e transtornos de ansiedade entre as puérperas.

No que diz respeito à “multiparidade”, apenas dois artigos^{18,21} avaliaram essa variável, constatando que a multiparidade aumenta o fardo físico e financeiro, devido ao cuidado que uma criança demanda, elevando assim, o estresse familiar e o risco do desenvolvimento da DPP, demonstrando que mães que têm mais de dois filhos são mais propensas a serem deprimidas do que as que são mães pela primeira vez ou têm dois filhos. Favorecendo tal ideia, *Andersson, et al (2016)*²⁶ relataram que as mulheres multíparas apresentaram mais dificuldades na criação e restrição dos papéis ao ter muitos filhos.

Por fim, a última variável analisada foi o “planejamento da gravidez”, foi discutida apenas no estudo de Menta e Souza, *et al (2010)*²⁴. Nesse, foi revelado que, a gravidez indesejada influencia no sentimento de aceitação da mãe em relação ao bebê e no vínculo futuro entre eles, gerando implicações para o relacionamento subsequente. Tal vínculo desordenado, é representado por, muitas vezes, uma falta significativa de sentimento materno, a mãe deixa de responder devidamente às necessidades do bebê, sendo negligente e podendo causar danos a eles, em alguns casos. Confirmando a mesma análise, *Andersson, et al (2016)*²⁶ mostraram que a falta de planejamento aumenta os sentimentos de ansiedade e predispõe à DPP. Dessa forma, as consequências para a criança incluem resultados indesejados associados à um déficit no desenvolvimento cognitivo e maior probabilidade de apego inseguro.

7 CONCLUSÃO

A depressão pós parto mostrou ter fatores de risco diversos que em conjunto, levam à consequências tanto na vida da puérpera quanto na do bebê. Este estudo de revisão identificou que as desigualdades na saúde não se limitam ao funcionamento biológico. O resultado da desigualdade é demonstrado através de mulheres socialmente desfavorecidas e mediado por um série de fatores de riscos, discutidos nessa pesquisa, incluindo falta de apoio social, educação de qualidade e nível socioeconômico. Dessa forma, as variáveis socioeconômicas associadas aos fatores emocionais e hormonais, constituem as causas da DPP, que ainda são pouco discutidas. Ressalta-se que, a identificação correta e prévia da DPP, pelos profissionais de saúde, poderá minimizar o número de casos, reduzindo assim as consequências negativas da depressão na saúde materna e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Apr;200(4):357–64.
2. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Apr 26;4:1–18.
3. Pearlstein T. Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. Vol. 9, *Women’s Health.* 2013. p. 605–15.
4. Yazici AB, Yazici E, Aydin N, Tanriverdi A. Psychiatrists’ attitudes toward psychopharmacologic treatments during pregnancy and lactation periods: A survey study. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.* 2015 Jul 2;25(2):100–8.
5. Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, Bárcenas Taland I, Chiclana Actis C. Factors Influencing Couples’ Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. Vol. 8, *Sexual Medicine Reviews.* Elsevier B.V.; 2020. p. 38–47.
6. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Apr 26;4:1–18.
7. Pearlstein T. Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. Vol. 9, *Women’s Health.* 2013. p. 605–15.
8. Yazici AB, Yazici E, Aydin N, Tanriverdi A. Psychiatrists’ attitudes toward psychopharmacologic treatments during pregnancy and lactation periods: A survey study. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.* 2015 Jul 2;25(2):100–8.
9. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Vol. 15, *Women’s Health.* SAGE Publications Ltd; 2019.
10. Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, Stuart S, O’Hara MW, Price AB, et al. Patient choice of treatment for postpartum depression: A pilot study. *Arch Womens Ment Health.* 2006 Nov;9(6):303–8.
11. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. Vol. 200, *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2009. p. 357–64.
12. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry.* 2017 Mar 21;17(1).
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:2020–1
14. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Checklist for Cohort Studies [Internet]. Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual. 2017. p. 1–7. Available from: https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools.

- 15 Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Checklist for analytical cross sectional studies [Internet]. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. 2017. p. 1–7. Available from: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools>.
- 16 Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIG Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
- 17 Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and incidence data. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):147–153.
- 18 Goweda R, Metwally T. Prevalence and associated risk factors of postpartum depression: A cross sectional study. *Rev Psiquiatr Clín*. 2020;47(4):106–9.
- 19 Badr LK. Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behav Dev*. 2018 May 1;51:15–23.
- 20 Rahman A, Hafeez A, Bilal R, Sikander S, Malik A, Minhas F, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Matern Child Nutr*. 2016 Jul 1;12(3):452–62.
- 21 McKean M, Caughey AB, Yuracko McKean MA, Cabana MD, Flaherman VJ. Postpartum Depression: When Should Health Care Providers Identify Those at Risk? *Clin Pediatr (Phila)*. 2018 Jun 1;57(6):689–93.
- 22 Assumpta Ortiz Collado M, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France [Internet]. 2014. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/22>.
- 23 Popo E, Kenyon S, Dann SA, MacArthur C, Blissett J. Effects of lay support for pregnant women with social risk factors on infant development and maternal psychological health at 12 months postpartum. *PLoS One*. 2017 Aug 1;12(8).
- 24 Menta OV, Da Graça M, Souza G. Depressão pós-parto: sinais e sintomas em puerperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. Vol. 17(2). 2010.
- 25 Shin D, Lee KJ, Adeluwa T, Hur J. Machine learning-based predictive modeling of postpartum depression. *J Clin Med*. 2020 Sep 1;9(9):1–14.
- 26 Andersson E, Hildingsson I. Mother's postnatal stress: an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum. *Scand J Caring Sci*. 2016 Dec 1;30(4):782–9.
- 27 Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. Vol. 175, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier; 2015. p. 34–52.
- 28 Agrawal A, Ickovics J, Lewis JB, Magriples U, Kershaw TS. Postpartum intimate partner violence and health risks among young mothers in the United States: A Prospective Study. *Matern Child Health J*. 2014 Oct 1;18(8):1985–92

