

# FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## RESUMO

**Introdução:** A depressão pós-parto (DPP) é uma das complicações não-obstétricas mais recorrentes associadas à gravidez, enquadrada pelo DSM-V como um especificador do transtorno depressivo maior. Diferentemente do “*maternity blue*” (“melancolia da maternidade”), que constitui uma reação comum, não prejudicial e com remissão espontânea, a DPP é um quadro mais grave e persistente, de modo que repercute negativamente na relação materno-infantil e aumenta a probabilidade de ocorrência de auto e heteroagressões. Apesar da sua etiopatologia ainda não ser bem definida, esta condição é reconhecida como uma importante causa de morbidade materna, o que a torna um significativo problema no âmbito da Saúde Pública. **Objetivo:** Identificar, na literatura científica, os fatores de risco psicossociais para a depressão pós-parto em mulheres neste período. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que coletou dados utilizando as bases PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores correlacionados mediante os operadores booleanos AND e OR: “risk factors”, “postpartum period”, “postpartum” e “depressive disorder”, de acordo com os termos MeSH; “depressão”, “depressão pós-parto”, “depressão puerperal”, “depressão pós-natal” e “fatores de risco”, conforme o DeCS; bem como o termo livre “pós-parto”. **Resultados:** Selecionou-se 11 artigos publicados entre 2010 e 2019, que foram analisados de acordo com seus objetivos e principais resultados. Assim, identificou-se os fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, os quais incluem, entre outros, a menor idade materna e a menor participação nas decisões concernentes à criança, aspectos estes que, muitas vezes, estão associados. Ademais, no que tange às relações interpessoais, são tidos como fatores predisponentes os conflitos conjugais frequentes; a instabilidade da união consensual; a falta de apoio oferecido pelo parceiro e pelas demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento; a presença de angústia e inquietação na família; ser mãe solteira; e os problemas sexuais no pós-natal. Moradia inadequada, dificuldades financeiras, licença maternidade menor que 12 semanas e menor escolaridade são fatores sociais que aumentam a probabilidade de desenvolvimento desse distúrbio. Da mesma forma, o início tardio da amamentação; a utilização de fórmulas infantis; o parto transpélvico e gestações múltiplas também são questões envolvidas nessa problemática, bem como as complicações médicas vinculadas à mãe e ao bebê; o baixo peso do bebê ao nascer e às quatro semanas de vida; os distúrbios hipertensivos na gravidez; a disforia pós-parto; a prematuridade; e a morte perinatal. Ainda, o histórico de experiências adversas físicas e/ou sexuais na infância; de abortos espontâneos; de depressão; e de violência doméstica repercutem negativamente nas vidas das mães, tornando-as mais suscetíveis à DPP. Por fim, aspectos associadas à personalidade e a padrões comportamentais, constituídos por ansiedade

traumática somática ou psíquica; desconfiança; neuroticismo; exposição frequente das mães ao celular; e manifestações depressivas ou ansiosas no período pré-menstrual ou na gravidez são outras questões psicossociais de risco. **Conclusão:** Os fatores predisponentes à depressão pós-parto devem ser considerados para que os profissionais de saúde possam planejar e realizar ações voltadas à promoção do bem-estar mental materno, bem como à prevenção e ao diagnóstico precoce desse distúrbio. A partir disso, construiria-se um ambiente adequado ao combate da DPP, a fim de evitar os danosos desdobramentos dessa patologia.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto, período pós-parto, fatores de risco.

## INTRODUÇÃO

O período pós-parto é marcado por uma série de mudanças hormonais e neuroendócrinas<sup>1</sup> e por adaptações psicossociais<sup>2</sup>, as quais tornam as puérperas mais suscetíveis a alterações psicológicas. A fragilidade desse momento, associada a diversos agravantes, é responsável por desencadear uma condição conhecida como “*maternity blue*” (“melancolia da maternidade”) em até 80% das mulheres em um ou dois dias imediatamente depois do parto<sup>3</sup>. Na maioria das vezes, essa tristeza pós-parto apresenta seu pico em três ou cinco dias após o nascimento da criança e tem remissão espontânea em até duas semanas do puerpério<sup>4</sup>, logo, constitui uma reação normal, transitória e não prejudicial. Entretanto, em algumas mulheres, um quadro mais persistente e grave se desenvolve: a depressão pós-parto (DPP).

A DPP, uma das complicações não-obstétricas mais comuns associadas à gravidez<sup>5</sup>, é enquadrada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição – DSM-V como um especificador do transtorno depressivo maior. Dessa forma, seus sintomas apresentam características muito semelhantes àqueles da depressão não-puerperal, como irritabilidade; choro constante; humor deprimido; sentimento de culpa e de desvalia; ansiedade; adinamia; anedonia; e pensamentos suicidas<sup>6,7</sup>. Geralmente, inicia-se a partir da quarta à oitava semana após o parto e pode persistir por mais de um ano<sup>8</sup>.

Além das manifestações clínicas desenvolvidas e do ritmo acelerado das mudanças fisiológicas da fase puerperal, surgem exigências culturais concernentes ao desempenho adequado das funções maternas, bem como as atenções voltam-se ao novo membro da família, de forma que a mãe é, muitas vezes, subvalorizada<sup>9</sup>. Outrossim, algumas também enfrentam os comentários familiares, conjugais e sociais que surgem consequentes ao nascimento do filho. Assim, o diagnóstico da DPP é, majoritariamente, negligenciado e subnotificado pela própria mulher, pelo marido e pelos familiares, os quais atribuem os sintomas do transtorno ao cansaço e desgaste naturais do pós-parto, advindos do acúmulo de responsabilidades e de cuidados com o bebê<sup>10</sup>.

Os distúrbios depressivos puerperais repercutem negativamente na conexão emocional materno-infantil<sup>11</sup>; degradam progressivamente a relação destas mulheres com seus familiares, sobretudo no vínculo afetivo com o cônjuge<sup>9</sup>; e limitam a habilidade da mãe de responder às demandas e às necessidades que o bebê requer - vez que interfere, por exemplo, na amamentação. Outro efeito deletério refere-se a maior probabilidade de que ocorram auto e heteroagressões<sup>9</sup> ou outros quadros depressivos recorrentes<sup>12</sup>, de modo que o suicídio e o infanticídio tornam-se passíveis de acontecer.

Por fim, estão os prejuízos causados à criança, ratificados em estudos de observação ‘mãe-bebê’, os quais evidenciam que recém-nascidos de mães com DPP exibem menos expressões faciais positivas e mais expressões faciais negativas, distúrbios de comportamento, maior irritabilidade, menor realização de atividades físicas e menos vocalizações<sup>13</sup>, além de atraso no desenvolvimento cognitivo e no ganho ponderal<sup>11,13-15</sup>. As publicações da literatura sugerem, também, que tais prejuízos persistem, desencadeando psicopatologias e maiores dificuldades emocionais em crianças cujas mães foram vítimas da DPP<sup>16,17</sup>.

A relevância deste estudo está em estabelecer os fatores de risco psicossociais associados à DPP, de forma a contribuir para um melhor entendimento desse distúrbio, tendo em vista que sua etiopatologia ainda não foi bem definida e que esta condição é reconhecida como uma importante causa de morbidade materna<sup>18,19</sup>, tornando-se um significativo problema no âmbito da Saúde Pública. Desse modo, objetivou-se identificar, em registros da literatura científica, os fatores de risco psicossociais para depressão pós-parto em mulheres neste período.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que intenta sintetizar resultados de publicações científicas sobre um delimitado tema ou questão. A busca de artigos foi realizada em maio de 2020, sem restrição de data de publicação, nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores correlacionados mediante o uso dos operadores booleanos AND e OR: “risk factors”, “postpartum period”, “postpartum” e “depressive disorder”, de acordo com o Medical Subject Headings (MeSH terms); “depressão”, “depressão pós-parto”, “depressão puerperal”, “depressão pós-natal” e “fatores de risco”, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde; bem como o termo livre “pós-parto”.

A seleção teve como critério de inclusão: artigos, nos idiomas inglês e português, publicados e indexados nas referidas bases de dados, que retratassem a temática e que respondessem à pergunta norteadora da revisão “Quais os fatores de risco psicossociais que influenciam o desenvolvimento de

DPP em mulheres que estão em período pós-parto?”. Para a formulação da questão que direcionou a pesquisa, utilizou-se o método PICO (P: população; I: intervenção; C: controle ou comparação; O: resultado). Desse modo, “P” correspondeu a mulheres em período pós parto, “I” a fatores de risco psicossociais e “O” à depressão pós-parto (DPP). Não houve “C” em razão do problema de pesquisa definido não conter grupo controle ou de comparação.

Foram excluídas as publicações científicas que apresentaram resultados inconclusivos; que utilizaram questionários de avaliação considerados pouco criteriosos; que foram de encontro ao tema; e que avaliaram a ocorrência da depressão pós-parto ainda no início do puerpério, haja vista que a DPP só pode ser fidedignamente diagnosticada a partir da 4<sup>a</sup> <sup>20</sup> ou da 6<sup>a</sup> semana após o parto<sup>21</sup>. Ademais, os estudos com diagnósticos diferentes (por exemplo, transtorno bipolar) e os estudos para avaliar escalas de classificação também foram descartados.

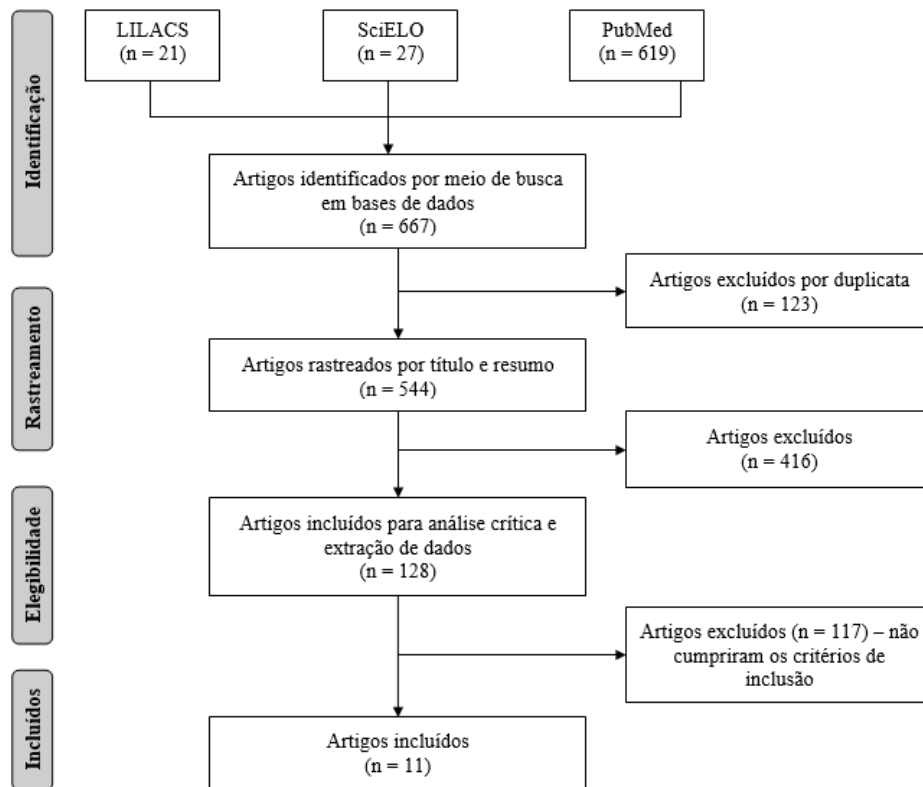
Para elaboração desta revisão integrativa foram realizadas as seguintes etapas<sup>22</sup>: 1) identificação do tema e desenvolvimento da pergunta norteadora; 2) definição de critérios de inclusão e de exclusão; 3) busca de publicações vinculadas ao tema, por meio de triagem inicial de títulos e de resumos dos artigos; 4) verificação pormenorizada das publicações selecionadas e aplicação dos critérios de exclusão para descartar aquelas destoantes da questão norteadora; 5) coleta de dados das informações relevantes; 6) análise crítica e descritiva dos estudos incluídos; 7) discussão e interpretação dos resultados; e 8) apresentação da síntese das conclusões.

Foi realizada uma análise descritiva qualitativa dos artigos, identificando, sobretudo, os fatores de risco psicossociais associados à DPP e suas respectivas discussões. Assim, as informações mais relevantes foram sintetizadas e organizadas em uma tabela.

## **RESULTADOS**

A partir da execução das etapas retratadas, encontram-se 667 documentos, cujos títulos e resumos foram lidos. Em seguida, foram removidos 123 estudos duplicados, além de outros 416 que não atenderam aos critérios de inclusão, resultando em um total de 128 estudos pré-selecionados, os quais, por sua vez, foram submetidos a uma análise completa de seu conteúdo. Após uma leitura crítica e minuciosa, 117 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão de forma exitosa, sucedendo, no final da análise, 11 estudos incluídos nesta revisão (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma de identificação e seleção dos estudos nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed.



Todos os estudos selecionados foram publicados em periódicos e os anos de publicação vão desde 2010 a 2019. No que se refere aos tipos dos artigos, sete apresentam delineamento transversal; dois, de coorte prospectivo; um, descritivo prospectivo; e um, de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Em relação ao instrumento utilizado para rastrear a DPP ou mensurar a intensidade dos sintomas depressivos, sete estudos se pautaram na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDE). Em um destes, também foi usado o Depression Self-Rating Scale (DSRS). Além disso, fez-se o uso do Patients' Health Questionnaire em outras duas publicações científicas revisadas. Os demais métodos utilizados foram Mini Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) e o Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I).

Os artigos selecionados analisaram, de forma geral, mulheres adultas em períodos perinatais e de localidades específicos, sem maiores peculiaridades. As principais exceções a isso são um estudo realizado com adolescentes entre 15 e 19 anos, outro feito apenas com mulheres em situação de vulnerabilidade social e, por fim, um artigo que possui como amostra somente mulheres diagnosticadas com eclâmpsia e pré-eclâmpsia.

Os artigos foram organizados e sintetizados (Tabela 1) nos seguintes tópicos: autor e ano; delineamento do estudo e tamanho da amostra; objetivos; e principais resultados.

**Tabela 1.** Síntese dos estudos selecionados para a atual pesquisa.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Delineamento do estudo/Tamanho da amostra (n)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
(Gomes et al., 2010)	Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa (n= 95)	Identificar os fatores de risco que contribuem para a DPP em puérperas internadas em uma maternidade do Município de Fortaleza (CE).	Os fatores de riscos associados à DPP foram a gravidez na adolescência; baixo nível de escolaridade e baixo rendimento financeiro; situação conjugal instável; e condições de moradia inadequadas.
(Morais et al., 2015)	Estudo de coorte prospectivo (n= 462)	Avaliar o efeito de diversos fatores sociodemográficos e psicossociais na ocorrência de DPP em mulheres cujos partos ocorreram em dois hospitais de São Paulo (SP): público e outro privado.	O histórico prévio de depressão, ansiedade ou tristeza é fator de risco para o desenvolvimento de DPP, assim como as relações conflituosas com os parceiros. Houve associação negativa entre o nível de escolaridade e entre o escore de apoio social com a DPP.
(Figueira et al., 2011)	Estudo transversal (n= 245)	Comparar mulheres com e sem DPP em um grupo de puérperas selecionadas aleatoriamente a partir dos partos ocorridos em uma maternidade de Belo Horizonte (MG).	Não se observou diferenças sociodemográficas entre as mulheres com e sem DPP. As variáveis que tiveram diferenças foram: história de depressão; vivência de estresse ou presença de sintomas depressivos ou ansiosos na gravidez; complicações maternas ou na criança no pós-parto; suporte insuficiente no pós-natal; dificuldades financeiras; estresse no cuidado da criança; história de sintomas depressivos ou ansiosos no período pré-menstrual; falta de apoio social e emocional e presença de sintomas depressivos no pós-parto.
(Cantilino et al., 2010)	Estudo transversal (n= 400)	Utilizar uma entrevista clínica para a detecção de depressão em mulheres puérperas em serviços de puericultura de Recife (PE), com uma apropriada associação entre esse transtorno e dados biossociodemográficos.	Os fatores de risco para DPP foram: histórico ou história familiar de transtornos mentais; complicações médicas em geral; história anterior de aborto espontâneo; parto transpélvico; e mais de 8 semanas de puerpério.

(Andrade et al., 2018)	Estudo transversal (n= 102)	Avaliar a associação entre DPP e uso de substâncias em mulheres em vulnerabilidade social residentes em um domicílio temporário de uma maternidade pública da cidade de São Paulo e possíveis diferenças socioeconômicas entre mulheres com e sem DPP.	Maior frequência do uso de substâncias (álcool e maconha); violência do parceiro ou parente; falta de suporte psicológico e apoio familiar; e distúrbios de ansiedade são fatores de risco para o desenvolvimento de DPP.
(Liu et al., 2017)	Estudo transversal (n= 882)	Descobrir vários fatores de risco em potencial e identificar suas interrelações intrínsecas entre os fatores de risco para depressão pós-parto.	A exposição frequente ao celular durante a gravidez, a idade materna e os distúrbios hipertensivos gestacionais tiveram efeitos diretos e indiretos na DPP. O modo de alimentação e o peso do bebê às 4 semanas tiveram um impacto direto na DPP. O número de fetos, o parto prematuro, o início da amamentação e o peso ao nascer tiveram uma influência indireta na DPP. A doença e a paridade infantil não tiveram impacto.
(Vertesy & Son, 2017)	Estudo transversal (n= 500)	Determinar a prevalência de experiências adversas físicas e / ou sexuais na infância (EAI) e da violência por parceiro íntimo (VPI) e sua associação com sintomas de DPP entre mulheres que estão neste período, na África Subsaariana.	A EAI física e a sexual, bem como a VPI física, a sexual e a psicológica foram significativamente associadas aos sintomas de DPP. Mulheres com EAI e VPI durante a gravidez apresentaram mais sintomas de depressão pós-parto do que mulheres que sofreram apenas EAI ou VPI.
(Iliadis et al., 2015)	Estudo de coorte prospectivo (n= 1037)	Avaliar a associação entre fatores de personalidade e DPP, bem como investigar o bem-estar materno.	Gestantes não deprimidas com altos níveis de neuroticismo têm um risco 4x maior de desenvolver sintomas depressivos em 6 semanas e em 6 meses após o parto. Ansiedade traumática somática e ansiedade psíquica foram associadas a um risco aumentado de DPPS em 6 semanas, enquanto a desconfiança, em 6 meses após o parto.

(Kornfeind & Sipsma, 2018)	Estudo transversal (n= 177)	Explorar a associação entre a duração da licença maternidade e a depressão pós-parto entre mães nos Estados Unidos.	Ao considerar a idade materna, a depressão pré-natal e o apoio do parceiro, a duração da licença maternidade não foi significativamente associada à ocorrência de sintomas de depressão pós-parto. Porém, entre as mulheres que tiraram licença de 12 semanas ou menos, cada semana adicional de licença foi associada a uma probabilidade 42% menor de apresentar sintomas de DPP. Entre as que tiraram a licença por mais de 12 semanas, a duração da licença não foi associada aos sintomas de DPP.
(Topatan & Demirci, 2019)	Estudo descritivo e prospectivo (n= 84)	Examinar a prevalência, gravidade e fatores de risco para DPP entre mães adolescentes na Turquia.	A idade materna mais jovem; conflitos frequentes com o cônjuge; angústia e inquietação na família; complicações médicas no bebê; problemas sexuais no pós-natal; menor escolaridade; e ser menos ativo na tomada de decisões sobre o bebê foram considerados fatores de risco. Não houve significância estatística na relação entre a DPP e histórico anterior de depressão, problemas financeiros, gravidez planejada, modo de parto e amamentação.
(Mbarak et al., 2019)	Estudo transversal (n= 390)	Determinar a magnitude e os fatores de risco para DPP em mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia no Muhimbili National Hospital (MNH), Tanzânia.	A prevalência da DPP em mulheres que tiveram pré-eclâmpsia ou eclâmpsia é maior do que a apresentada pela população geral da região, aumentando com a gravidade da hipertensão na gravidez. Os fatores associados à DPP incluem menor idade materna, ser mãe solteira, com morte perinatal, falta de apoio familiar, experiência de evento estressante durante a gravidez e menor escolaridade.



## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados relataram a falta de apoio oferecido pelo parceiro e pelas demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento como fator que influencia na etiologia da depressão pós-parto, vez que a adaptação ao papel de mãe e à demanda da criança exige habilidades facilitadas pela presença de ajuda nos cuidados, diminuindo sentimentos de medo, insegurança, culpa e incapacidade<sup>23</sup>. Dessa forma, os conflitos frequentes com o cônjuge<sup>9,24,25</sup>; a presença de angústia e inquietação na família<sup>24</sup>; a falta de apoio familiar<sup>23,25-27</sup>; a instabilidade da união consensual, a qual pode ensejar conflitos conjugais constantes que tendem a desenvolver cuidado ineficaz com o bebê<sup>9</sup>; ser mãe solteira, devido às desvantagens psicossociais<sup>26</sup>; e a violência doméstica<sup>27</sup> foram fatores de risco destacados.

Outros aspectos predisponentes à DPP foram as complicações médicas vivenciadas pelo recém-nascido<sup>23,24</sup> e a morte perinatal<sup>26</sup>. Além desses, o nascimento pré-termo, assim como o baixo peso do bebê ao nascer e às quatro semanas de vida<sup>28</sup> também foram evidenciados, vez que mães cujos filhos têm ganho de peso insuficiente são mais suscetíveis à preocupação com a saúde e com o desenvolvimento deles, bem como apresentam-se mais vulneráveis à ansiedade excessiva quando comparadas às mulheres cujos filhos nasceram com peso adequado. As mesmas predisposições foram observadas nas mães que enfrentaram parto pré-termo, em razão de seus bebês geralmente nascerem com baixo peso e debilitados, o que os tornam mais propensos a contrair doenças do que crianças não prematuras<sup>28</sup>. Entretanto, um estudo não encontrou associação entre o adoecimento da criança e a depressão puerperal<sup>28</sup>.

Complicações obstétricas<sup>23</sup> ou de saúde vinculadas às mães também foram apontadas como fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da DPP. Como exemplo, mulheres que tiveram pré-eclâmpsia ou eclâmpsia foram avaliadas<sup>26</sup>, concluindo-se que elas são mais vulneráveis a sofrer parto prematuro ou a enfrentar outros eventos estressantes durante a gravidez, além daqueles associados às alterações fisiológicas e psicológicas próprias desse período. Outrossim, a hipertensão na gestação também foi estudada, de forma que os distúrbios hipertensivos foram vinculados a um maior risco de haver resultados desfavoráveis à gravidez e ao bem-estar das mães e dos filhos<sup>28</sup>. Desse modo, as mulheres que sofrem dessa patologia são mais suscetíveis à preocupação e à ansiedade e, por conseguinte, à DPP, o que varia proporcionalmente à gravidade dos distúrbios citados. Por fim, o histórico de abortos espontâneos foi associado à depressão puerperal, já que provoca, frequentemente, níveis mais altos de ansiedade e estresse no período gestacional subsequente<sup>29</sup>.

Em quatro estudos, a menor idade materna foi vista como fator de risco para a DPP<sup>9,24,26,28</sup>, visto que a gravidez precoce, além de envolver imaturidade afetiva, interfere no cotidiano e na rotina das adolescentes, alterando, concomitantemente, suas relações familiares, convivência acadêmica –

evidenciada pela evasão escolar – e relacionamentos afetivos. Esses aspectos, associados à vulnerabilidade física, psicológica e social dessa faixa etária, facilitam a ocorrência de frustrações e de sintomas depressivos<sup>9</sup>. Ademais, um dos artigos demonstrou uma relação indireta com a menor idade materna ao afirmar que esta predispõe à prematuridade, ao menor peso ao nascer e às 4 semanas, à postergação da amamentação e à maior probabilidade do uso de fórmulas infantis, os quais, por sua vez, foram tidos como fatores de risco<sup>28</sup>. Outra característica preditiva observada foi o fato das mães, sobretudo as adolescentes, serem menos ativas na tomada de decisões sobre os cuidados com a criança<sup>24</sup>. Apesar das evidências, é importante destacar que duas publicações concluíram não haver relação significativa com essa variável<sup>23,29</sup>, o que foi associado, em uma delas, ao fato do local de onde a amostra foi retirada não ter muitas usuárias adolescentes<sup>29</sup>.

Alguns estudos apontaram a menor escolaridade como fator de risco para o desenvolvimento de DPP<sup>9,24-26</sup>, vez que as mães com maior escolaridade adaptam-se mais facilmente e de forma mais positiva ao período pós-parto<sup>24</sup> e, também, tendem a seguir os conselhos de saúde que recebem para evitar complicações<sup>26</sup>. Outrossim, percebeu-se que, além das desvantagens socioeconômicas que as mulheres com baixo nível educacional enfrentam, elas têm menor consciência acerca do autocuidado e dos riscos da hipertensão na gravidez, devido ao menor acesso à informação e à pouca instrução que possuem<sup>26</sup>. Concluiu-se, por fim, que mulheres com escolaridade mais alta e melhor rendimento financeiro apresentam menor risco para depressão<sup>9</sup> e, ainda, que a presença de dificuldades financeiras tem uma relação mais direta com o risco de desenvolver DPP do que a mãe trabalhar ou não fora de casa<sup>23</sup>. Contudo, um dos estudos não apontou vínculo entre DPP e problemas financeiros, o que pode dever-se à limitação da amostra populacional utilizada, a qual incluiu somente mães com níveis socioeconômicos muito semelhantes<sup>24</sup>. Também não houve, em um outro estudo, associação entre o referido transtorno e o nível de escolaridade<sup>23</sup>.

O modo de parto não apresentou associação significativa<sup>24</sup> em um estudo. Entretanto, um artigo evidenciou que, quando comparado ao parto cesáreo, o transpélvico foi associado à DPP<sup>29</sup>, haja vista que as mulheres sentem-se pouco assistidas pela equipe de saúde; vivenciam dores exacerbadas e prolongadas, as quais podem produzir níveis elevados de cortisol; e temem pela morte do bebê. Ademais, uma publicação evidenciou gestações múltiplas como fator preditivo positivo para DPP e paridade como fator negativo<sup>28</sup>. Houve, ainda, um artigo que indicou associação negativa entre a primeira gravidez e o desenvolvimento da DPP<sup>23</sup>.

Acerca das mulheres em vulnerabilidade social (o que abrange falta de moradia, problemas familiares ou outras situações que ameaçam a integridade física e/ou emocional), a condição de moradia inadequada foi considerada como agravante para a DPP<sup>9</sup>. Neste grupo, também foi avaliada uma maior frequência do uso de substâncias, especialmente álcool e maconha, em mulheres com DPP<sup>27</sup>. Todavia, esse fator precisa ser melhor estudado no concernente à sua relação de causa-efeito

com o transtorno, vez que ainda não está claro se as mulheres com DPP aumentam o consumo de substâncias como forma de automedicação ou se o uso desses produtos acaba desencadeando os distúrbios depressivos.

A associação entre a exposição frequente das mulheres grávidas ao celular e o maior risco de evolução da DPP se dá porque as mães que usam excessivamente esse aparelho tendem a postergar o início da amamentação e a alimentar o bebê com fórmulas, o que faz com que eles sejam mais leves às 4 semanas e, em razão da falta do aleitamento exclusivo, afeta a conexão mãe-bebê<sup>28</sup>. Assim, sabendo da importância da amamentação para a saúde mental da mulher<sup>30</sup> – apesar de outro estudo não ter encontrado essa evidência<sup>24</sup> – os bebês amamentados mais de duas horas após o nascimento, quando comparados aos amamentados em até duas horas depois do parto, tiveram maior probabilidade de serem alimentados com fórmula e de apresentarem pesos mais baixos na quarta semana de vida, aumentando o risco de DPP<sup>28</sup>.

Em relação à licença maternidade, observou-se a importância das puérperas terem, pelo menos, 12 semanas de afastamento integral do emprego após o nascimento do bebê, visto que não houve associação entre a duração da licença e os sintomas de DPP dentre as mulheres que ficaram afastadas por mais de 12 semanas. Contudo, entre as que tiraram licença de duração inferior, cada semana adicional de afastamento foi vinculada a uma probabilidade 42% menor de apresentar sintomas de DPP<sup>30</sup>. Isso é justificado pelo fato da licença maternidade mais longa ser associada a um melhor: processo de recuperação e cura de feridas; adaptação aos comportamentos de amamentação, às novas responsabilidades e padrões de sono; ajuste emocional e físico aos novos papéis; ajuste às mudanças dos níveis hormonais; e estabelecimento do vínculo da mãe com o recém-nascido<sup>30</sup>. Assim, é de extrema importância permitir que as puérperas que não têm licença maternidade possuam, pelo menos, o tempo e o espaço necessários para amamentar ou bombear o leite materno no ambiente de trabalho, pois, como foi demonstrado, a amamentação é um fator protetor para a saúde mental materna<sup>30</sup>.

Um dos estudos apresentou os problemas sexuais no pós-natal como fator de risco para DPP<sup>24</sup>. Outro demonstrou associação significativa desse transtorno com a ocorrência de experiências adversas, tanto físicas quanto sexuais, na infância, e de violência sexual e/ou física por parceiro íntimo durante a gravidez, sendo a relação com DPP ainda maior entre as mulheres que relataram ter vivenciado ambas<sup>31</sup>.

Foram observadas divergências acerca da influência do histórico de depressão. Enquanto um dos estudos reconhece que esse achado, assim como o de ansiedade e de tristeza prévia, é preditivo para a DPP<sup>25</sup>, um outro defende que histórias prévias do distúrbio depressivo não são<sup>24</sup>. Entretanto, isso pode dever-se ao fato da amostra populacional utilizada apresentar quantidade insignificante de mulheres com esse antecedente. Há, também, um estudo que não conseguiu avaliar essa variável,

visto que não havia mulheres com esse antecedente entre as integrantes da sua amostra<sup>26</sup>. Ainda, há discrepância no que se refere a interferência da história familiar de doença psiquiátrica<sup>29</sup>, pois um artigo, por não ter aplicado um questionário apropriado para o estudo desse fator, teve uma limitação na interpretação desse resultado<sup>23</sup>. Ademais, pode-se destacar que os transtornos psicológicos, principalmente ansiedade<sup>29</sup> e distúrbios de humor<sup>23,29</sup>; a presença de sintomas depressivos durante a gravidez; a disforia pós-parto; e as manifestações depressivas ou ansiosas no período pré-menstrual<sup>23</sup> são significativos fatores de risco.

A personalidade foi vista como fator de vulnerabilidade para DPP<sup>32</sup>. As gestantes não deprimidas com altos níveis de neuroticismo apresentaram maior risco de desenvolver sintomas depressivos em seis semanas e em seis meses após o parto, possivelmente através da modulação da vulnerabilidade<sup>32</sup>. A ansiedade traumática somática, caracterizada por inquietação e por tensão, e a ansiedade psíquica, marcada por preocupação e por falta de autoconfiança, foram associadas ao risco aumentado de sintomas de depressão pós-parto (DPPS) em seis semanas<sup>32</sup>. Já a desconfiança foi associada a sintomas depressivos nos seis meses após o parto<sup>32</sup>. Assim, essas mulheres tendem a desconfiar mais quando recebem uma avaliação diagnóstica ou tratamento para DPP, logo, seus sintomas depressivos podem durar mais tempo. Não foi observada associação entre agressividade e DPP<sup>32</sup>.

Nossa revisão integrativa possui limitações, haja vista que, em alguns estudos, observou-se amostra populacional reduzida, restringida a um grupo específico, ou ainda, selecionada de modo que alguma variável não pudesse ser analisada, o que impossibilitou a avaliação ou a inferência fidedigna de alguns fatores de risco.

## **CONCLUSÃO**

Com a realização dessa revisão, foram identificados, em registros científicos, os fatores de risco psicossociais para a depressão pós-parto em mulheres nesse período. A alta prevalência de depressão pós-parto, bem como a proporção de suas repercussões para a Saúde Pública, em especial para a saúde mental e social da mãe e para o desenvolvimento de seu filho, reforçam a importância do estudo desse transtorno psiquiátrico e crônico.

Desse modo, é imprescindível que seus fatores de risco sejam considerados, a fim de que os profissionais de saúde possam atentar para tais aspectos e, assim, consigam planejar e realizar ações em saúde voltadas à promoção do bem-estar mental materno, bem como à prevenção, à triagem e ao diagnóstico precoce desse distúrbio. A partir disso, construiria-se um ambiente adequado ao combate da DPP – necessário em razão de quase um terço das mulheres grávidas apresentarem-se relutantes em procurar atendimento para a depressão no cenário obstétrico, por não o considerar apropriado para o tratamento da doença<sup>33</sup>. Outrossim, ações de assistência terapêutica e social também devem ser

realizadas, prestando o apoio adequado às mulheres com DPP, de modo a evitar os danosos desdobramentos dessa patologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153-166.
2. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6 Suppl 2:S43-S50.
3. Pitt B. Maternity Blues. *British Journal of Psychiatry.* Cambridge University Press. 1973;122(569):431-3.
4. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 2:34-40.
5. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2005;(119):1-8.
6. Campos BC, Rodrigues OMPR. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico.* 2015;46(4):483.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
8. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry.* 1995;166(2):191-195.
9. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, de Souza AR, da Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: Importância do diagnóstico precoce. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2010;11(1):117-23.
10. Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(4):181-8.
11. Kumar RC. "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry.* 1997;171:175-181.
12. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG.* 2000;107(10):1210-1217.
13. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychol Med.* 1997;27(2):253-260.
14. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42(5):623-636.
15. 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(9):946-952.

16. Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella R. Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Dev Psychol.* 1995;31(3):364-76.
17. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382-389.
18. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.
19. Sit DK, Wisner KL. Identification of postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):456-468.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
21. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Geneva: WHO Press; 1992.
22. Souza MT, Silva MD, Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo).* 2010; 8(1): 102-106.
23. Figueira PG, Diniz LM, Filho HC da S. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 2011;33(2):71-5.
24. Topatan S, Demirci N. Frequency of Depression and Risk Factors among Adolescent Mothers in Turkey within the First Year of the Postnatal Period. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019;32(5):514-9.
25. Morais M de LS e, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E, Morais M de LS e, et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estud Psicol.* 2015 ;20(1):40-50.
26. Mbarak B, Kilewo C, Kuganda S, Sunguya BF. Postpartum depression among women with pre-eclampsia and eclampsia in Tanzania; A call for integrative intervention. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):1-8.
27. Andrade ALM, Teixeira LRDS, Zoner CC, Nunes NN, Scatena A, Amaral RA do. Fatores associados à Depressão Pós-Parto em mulheres em situação de vulnerabilidade social. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog (Edição em Port).* 2018;13(4):196-204.
28. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: Path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):1-7.
29. Cantilino A, Zambaldi CF, De Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Postpartum depression in Recife - Brazil: Prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):1-9.

30. Kornfeind KR, Sipsma HL. Exploring the Link between Maternity Leave and Postpartum Depression. *Women's Health Issues*. 2018;28(4):321–6.
31. Mahenge B, Stöckl H, Mizinduko M, Mazalale J, Jahn A. Adverse childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. *J Affect Disord*. 2018;229:159-163.
32. Iliadis SI, Koulouris P, Gingnell M, Sylvén SM, Sundström-Poromaa I, Ekselius L, et al. Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):539–46.
33. Bennett IM, Palmer S, Marcus S, Nicholson JM, Hantsoo L, Bellamy S, et al. “one end has nothing to do with the other.” Patient attitudes regarding help seeking intention for depression in gynecologic and obstetric settings. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(5):301–8.