

## Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura

*Prevalence and risk factors of postpartum depression in Brazil: an integrative literature review*

*Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto en Brasil: una revisión integrativa de la literatura*

Gabriele Winter Santana - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Luísa de Souza Maurique - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Rafael Martins Gomes - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Lara Vasconcelos Normando - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Isabella Scalabrini Ferrari - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Carla Sofia Mendivil Suarez - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz -  [ORCID](#) - [Lattes](#)

Paulo Ricardo Rossi Sityá - "In Memoriam" - [ORCID](#) - [Lattes](#)

### RESUMO:

**Introdução:** A depressão pós-parto (DPP) é reconhecida como sendo o transtorno de humor mais comum entre as puérperas, sendo caracterizada como uma doença multifatorial e subdiagnosticada. O quadro clínico é variável, podendo apresentar alterações físicas, cognitivas e comportamentais. **Objetivo:** Sendo assim, o presente trabalho objetivou realizar uma revisão integrativa da literatura a respeito da prevalência e dos fatores de risco associados à DPP no Brasil. **Método:** Para tanto, foram consultadas as bases de dados [PubMed](#) e [SciELO](#) com os seguintes descritores: "postpartum depression" e "Brazil", presentes no título ou no resumo dos artigos, nos idiomas inglês e português, dos últimos 10 anos, pesquisados de dezembro de 2019 a março de 2020. **Resultado:** A prevalência encontrada variou de 7,2%, no Recife/PE, a 39,4%, em Vitória/ES. Com relação aos fatores de risco, detectou-se um total de vinte

fatores diferentes. Dentre eles, os que tiveram maior ocorrência foram: história prévia de transtornos psiquiátricos, grau de escolaridade materna, renda familiar, ter um parceiro e uma boa relação com ele, cor da pele (negra e parda), gravidez não planejada e multiparidade. **Conclusão:** Concluiu-se que a prevalência de DPP é elevada e variável, a depender da região brasileira. Além disso, histórico médico, variáveis demográficas e aspectos relacionados à gestação estão associados a essa condição.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto; fatores de risco; prevalência

---

### **ABSTRACT:**

**Introduction:** Postpartum depression (PPD) is recognized as the most common mood disorder among postpartum women, being characterized as a multifactorial and underdiagnosed disease. The clinical feature is variable and may present physical, cognitive and behavioral changes. **Objective:** Therefore, the present study aimed to perform an integrative review of the literature regarding the prevalence and the associated risk factors with PPD in Brazil. **Methods:** In this sense, [PubMed](#) and [SciELO](#) databases were search with the following descriptors: "postpartum depression" and "Brazil", present in the title or abstract of articles, in English and Portuguese, from the last 10 years, searched from December 2019 to March 2020. **Results:** The prevalence found ranged from 7.2% in Recife/PE to 39.4% in Vitória/ES. Regarding risk factors, a total of twenty different factors were detected. Among them, the most frequent were: previous history of psychiatric disorders, maternal level of education, family income, having a partner, and having a good relationship with him, skin color (black and brown), unplanned pregnancy and multiparity. **Conclusion:** It was concluded that the prevalence of PPD is high and variable, depending on the Brazilian region. Moreover, medical history, demographic variables and aspects related to pregnancy are associated with this condition.

**Keywords:** postpartum depression, prevalence, risk factors

---

### **RESUMEN:**

**Introducción:** La depresión posparto (DPP) es reconocida como el trastorno del estado de ánimo más frecuente entre las puérperas, caracterizándose como una enfermedad multifactorial e infradiagnosticada. **Objetivo:** El cuadro clínico es variable y puede presentar cambios físicos, cognitivos y conductuales. **Métodos:** Por lo tanto, el presente estudio objetivó realizar una revisión integradora de la literatura sobre la

prevalencia y los factores de riesgo asociados a la DPP en Brasil. Para eso, se consultaron las bases de datos [PubMed](#) y [SciELO](#) con los siguientes descriptores: "posparto depresión" y "Brasil", presentes en el título o resumen de los artículos, en inglés y portugués, de los últimos 10 años, buscados desde diciembre de 2019 hasta marzo de 2020. **Resultados:** La prevalencia encontrada varió del 7,2% en Recife/PE al 39,4% en Vitória/ES. En cuanto a los factores de riesgo, se detectaron un total de veinte factores diferentes. Entre ellos, los más frecuentes fueron: historia previa de trastornos psiquiátricos, nivel educativo de la madre, renta familiar, tener pareja y tener buena relación con él, color de piel (negra y mestiza), embarazo no planeado y multiparidad. **Conclusión:** Se concluyó que la prevalencia de PPD es alta y variable, dependiendo de la región brasileña. Además, la historia clínica, variables demográficas y aspectos relacionados con el embarazo se asocian a esta condición.

**Palabras clave:** depresión posparto; factores de riesgo; prevalencia

---

**Como citar:** Santana GW, Maurique LS, Gomes RM, Normando LV, Ferrari IS, Suarez CSM, Muniz FWMG, Sityá PRR. Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Debates em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 2022;12:1-23. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.376>

---

**Conflito de interesses:** declaram não haver

**Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior, Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

**Parecer CEP:** não se aplica

**Recebido em:** 27/06/2022

**Aprovado em:** 12/10/2022

**Publicado em:** 03/11/2022

---

## Introdução

Os distúrbios psiquiátricos constituem um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e aos prejuízos para a sociedade em geral. Dentre eles, a depressão é o distúrbio mais comum e está relacionada a alterações em quase todas as funções mentais, principalmente por diminuição de neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina e dopamina, em pessoas geneticamente predispostas e, geralmente, logo após acontecimentos vitais, como perdas significativas na vida [1].

A prevalência de depressão encontrada em ambulatórios de atenção primária foi de 5 a 10%, sendo que apenas um em cem citou a doença como motivo da consulta, e em até 50% das vezes não foi detectado pelo profissional de saúde [2]. No mundo, a doença atinge cerca de 350 milhões de pessoas, e a estimativa para 2030 é de que se tornará a primeira causa de incapacitação entre as pessoas [3].

Nas mulheres, o risco deste transtorno durante a vida é de 10 a 25%, enquanto que nos homens é de 5 a 12%. Dessa forma, as mulheres têm uma prevalência duas vezes maior de apresentar a doença [4, 5], principalmente, no período reprodutivo entre 18 e 49 anos [5].

Tanto na gravidez como no puerpério, ocorrem transformações físicas, hormonais, psicológicas e sociais relacionadas à necessidade de reorganização social e adaptação, aumento de responsabilidade, privação de sono e isolamento social, medo, dúvidas e a reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina, tornando essa fase da vida da mulher como a mais vulnerável para o surgimento de um transtorno mental [6].

Dentro desse contexto, destaca-se a depressão pós-parto (DPP), que é reconhecida como sendo o transtorno de humor mais comum entre as puérperas e tem por definição ser um episódio depressivo maior ou menor, sem psicose que se inicia durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto [7].

A prevalência da DPP gira em torno de 10 a 15% na maioria dos estudos em países desenvolvidos, já em países em desenvolvimento a prevalência pode chegar a 60% [8]. No Brasil, estudo de base populacional realizado em Pelotas indicou prevalência de 16,5% [9] e, na cidade de Rio Grande, 14% [10]. Já em Vitória, encontraram uma prevalência de 39,4% [11] e de 37,1% em São Paulo [12]. Essas divergências entre os índices de prevalências encontradas podem ser explicadas pela diferença no momento da aferição, no ponto de corte utilizado nas escalas, no instrumento usado para identificar a depressão, no acesso a assistência pré e pós-natal, além dos fatores culturais, religiosos e diferenças socioeconômicas entre os grupos estudados [13].

A DPP é uma doença multifatorial e sua fisiopatologia ainda não é totalmente conhecida. Entretanto, existem evidências de que tenha fatores hormonais, genéticos e sociais envolvidos [14]. Alterações fisiológicas,

como mudanças rápidas nos níveis hormonais de estrogênio e progesterona durante a gravidez e imediatamente após o parto, desempenham uma importante função no processamento de emoções, excitação, cognição e motivação. Eles também regulam alguns sistemas biológicos que estão envolvidos nas causas de depressão maior, tais como o funcionamento da tireoide e das alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal [15].

O sistema imune é regulado pelo estradiol, que flutua durante o período perinatal. Durante a gravidez, citocinas anti-inflamatórias responsáveis pela imunossupressão são elevadas para proteger o feto, enquanto as citocinas pró-inflamatórias são suprimidas. O parto muda abruptamente esse sistema para um estado pró-inflamatório, que é atribuível à dor, ao esforço físico e à lesão tecidual envolvida no parto, e estende-se por diversas semanas, tornando a mulher exposta imunologicamente [16]. Estudos de vários marcadores imunológicos pré-natais de DPP relataram resultados contraditórios. Assim, o papel da função imune na DPP permanece incerto [15, 17].

Fatores genéticos também foram associados à fisiopatologia da DPP. Surgiram evidências, após estudos com famílias e em gêmeos, que identificaram vários dos mesmos polimorfismos encontrados na depressão não-perinatal, como o gene transportador de serotonina, triptofano hidroxilase-2, catecol-o-metil transferase, monoamina oxidase e fator neurotrófico derivado do cérebro [18]. Além disso, encontraram variações em alguns cromossomos, que contém locais de ligação ao estrogênio. Todos parecem aumentar a suscetibilidade à DPP [19].

Além das mudanças biológicas e genéticas, a transição para a maternidade é marcada por uma necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, já que a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade, sendo necessário reestruturar a sexualidade, a imagem corporal e a sua identidade feminina [20].

De longe, o aspecto mais comumente estudado é a rede de apoio que se forma em torno dessa mãe, para que ela se sinta segura e estável, pois a crença de que o apoio está disponível, caso seja necessário, torna-se um importante fator de proteção [21].

O quadro clínico é variável, podendo apresentar alterações físicas, cognitivas, comportamentais e com intensidades distintas, pois dependem da personalidade e da própria história de vida da puérpera [22], mas os

mais comumente encontrados incluem desânimo, sensação de culpa e desamparo, humor lábil, choro fácil, alterações no sono (hipersonia ou insônia), isolamento, pensamento suicida, medo em fazer mal ao filho, presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas, falta de energia e motivação e sensação de incapacidade para lidar com novas experiências.

Entre as queixas psicossomáticas podem estar presentes, também, cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais, dores abdominais e queixas gastrointestinais sem uma causa orgânica aparente [23]. De um modo geral, os sinais e sintomas não diferem muito de um quadro depressivo não relacionado ao parto.

Múltiplos fatores de risco estão envolvidos com as alterações no período de DPP. Entre os principais estão história pessoal e/ou familiar de depressão maior, história de um ou mais episódios de DPP anteriores, tristeza ou sintomas de ansiedade aparecendo durante o 3º trimestre da presente gravidez [24], eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos ou insatisfação conjugal, estado civil de solteira ou divorciada, ansiedade pós-parto [25].

Também é maior a incidência em pacientes que experimentam dificuldades adaptativas à gestação, como nos casos de gravidez não desejada, gravidez contrária à vontade do pai ou dos familiares [26]. Faixas etárias mais baixas da gestante também se relacionam com uma maior probabilidade [27].

Frequentemente, a crença de incapacidade em prover uma vida abundante à criança também tem sua influência por meio do baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e baixa autoestima [28]. Há também, alguns fatores de proteção, que incluem alta auto eficácia para a maternidade, habilidades parentais e uma rede de apoio bem estruturada pelo parceiro e familiares. Mulheres que receberam maior apoio de seus parceiros durante a gravidez relataram menor sofrimento no pós-parto e mesmo aquelas que sofreram relataram que foi útil ter recebido o apoio dele [20].

O diagnóstico ainda é um desafio, pois 80% das mulheres não relatam suas queixas aos médicos [29]. Por isso, recomenda-se que seja feita essa pesquisa nas pacientes pelo menos uma vez durante o período perinatal para rastreamento de sintomas de depressão e ansiedade. Ao ter um resultado positivo deve-se levar a uma avaliação clínica mais detalhada para

averiguar o diagnóstico e posteriormente iniciar tratamento ou encaminhar para serviço especializado, caso necessário. No entanto, a potencial eficácia da triagem para DPP é relacionada com a disponibilidade do sistema em tratar e acompanhar adequadamente as mulheres com resultados positivos [30].

Assim como em outros transtornos mentais é necessário descartar outras condições médicas que podem resultar em sintomas de depressão e ansiedade e que são comuns em puérperas, como disfunção tireoidiana e anemia [31]. A literatura, por meio de diversas revisões sistemáticas, aponta que há muitos fatores de risco para a DPP, como o histórico de depressão [32] e fatores nutricionais [33]. Contudo, evidências sobre outros fatores de risco focados na população brasileira ainda precisam ser mais explorados. Tendo o supracitado em vista, o presente trabalho objetivou revisar a literatura que descreveu a prevalência da doença no Brasil e os principais fatores ou indicadores de risco associados.

## Métodos

O presente trabalho consistiu em uma revisão integrativa da literatura a respeito dos principais estudos epidemiológicos sobre a prevalência de depressão pós-parto e os fatores de risco relacionados realizados no Brasil. A metodologia empregada, no presente estudo, está incluída no conceito da Medicina Baseada em Evidências e está baseada nos conceitos teóricos já bem estabelecidos para revisões integrativas [34].

Para tanto, foram consultadas as bases de dados [PubMed](#) e [SciELO](#) com os seguintes descritores, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde ([DeCS](#)): "postpartum depression" associado a "Brazil", presentes no título ou no resumo dos artigos, nos idiomas inglês e português, nos anos de 2009 até 2022, pesquisados em dezembro de 2019, março de 2020 e agosto de 2022. Todo o processo de busca nas bases de dados eletrônicas, seleção dos estudos, leitura dos artigos e compilação das informações foi realizada pelo autor principal do estudo.

Por entendermos que a etiologia da DDP é de origem multifatorial, os estudos escolhidos para compor essa revisão integrativa deveriam reportar, além da prevalência dessa condição, os diversos fatores de risco associados, terem uma amostra composta por mulheres adultas em hospitais no Brasil. Dessa forma, foram excluídos os artigos que não tratavam da prevalência da DPP, que não apontavam fatores de risco ou

que avaliavam somente um fator de risco isoladamente para a psicopatologia em estudo.

## Resultados

A busca gerou um total de 301 resultados, sendo 246 publicações da Base [PubMed](#) e 55 publicações da base [SciELO](#). Após análise dos títulos e resumos dos textos, e exclusão de artigos de revisão, foram selecionadas 22 publicações para serem utilizadas como embasamento deste trabalho.

Dentre esses 22 estudos, dezenove (86,3%) artigos se caracterizam como estudos observacionais, transversais, e assim suas estimativas sobre a magnitude da DPP referem-se a casos prevalentes. Três outras publicações (13,6%) originaram-se de pesquisas de coorte prospectivo, e os dados relativos à DPP foram obtidos em dois momentos diferentes, sendo o primeiro durante a gravidez, e o segundo variando de 8 semanas após o parto até 2 anos, e então também caracterizam estimativas sobre a prevalência do agravo.

As características gerais dos artigos envolvidos nesta revisão podem ser visualizadas na [Tabela 1](#), por ordem cronológica de publicação, com detalhamento dos autores, ano de publicação, número da amostra, prevalência de DPP encontrada, os fatores de risco com significância estatística, bem como o instrumento de avaliação utilizado no estudo.

O método básico de busca e identificação de casos de DPP é através de uma entrevista clínica e a ferramenta mais usada é a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), que é composta de 10 perguntas de fácil compreensão relacionados a sintomas específicos (humor deprimido ou disfórico, alterações do sono, alteração de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição de desempenho e ideias de culpa). As questões são pontuadas entre 0 a 3, com um máximo de 30 pontos, de acordo com a presença e intensidade dos sintomas [[35](#)].

## Discussão

Esse estudo objetivou revisar a literatura, de estudos realizados na população brasileira, acerca da prevalência e dos fatores associados à DPP. Os achados desta revisão estão em consonância com os resultados advindos de pesquisas internacionais sobre o tema.

A prevalência de depressão pós-parto nos países desenvolvidos varia de 1,9% a 82,1%, sendo o mais baixo registrado na Alemanha e o mais alto

nos Estados Unidos. Nos países em desenvolvimento, a prevalência varia de 5,2% a 74%, sendo a menor prevalência relatada no Paquistão e a mais alta na Turquia. Quando comparamos as pesquisas realizadas no Brasil com as conduzidas em países socioeconomicamente similares, as estimativas sobre a prevalência não parecem diferir substancialmente, sendo de 25% no Chile, 36,6% na Índia e 37,8% na Turquia [36].

Neste estudo foi observado que a prevalência de DPP variou de 7,2%, no Recife [37], a 50,6%, em Salvador [38]. Essas divergências podem ser explicadas pela diferença no momento da aferição, no ponto de corte utilizado nas escalas, no instrumento usado para identificar a depressão, no acesso a assistência pré e pós-natal, além dos fatores culturais, religiosos e diferenças socioeconômicas entre os grupos estudados [13].

De acordo com a [Tabela 1](#), detectou-se um total de vinte fatores de risco diferentes. Dentre eles, os que tiveram maior ocorrência foram: história prévia de transtornos psiquiátricos, grau de escolaridade materna, renda familiar, ter um parceiro e uma boa relação com ele, cor da pele, gravidez não planejada e multiparidade.

Com relação aos fatores psicossociais e comportamentais, a história prévia de transtornos psiquiátricos e durante a gestação em curso foi um fator citado por mais da metade dos artigos analisados, representados principalmente por transtornos de ansiedade e depressão [10, 37, 39-48].

No estudo realizado em Rio Grande, RS [10], identificou-se risco três vezes maior entre mulheres que se sentiram tristes ou deprimidas no último trimestre gestacional. Além disso, outros dois estudos encontraram relação com a presença de depressão na família [37, 49], tendo razão de chance 4,34 vezes maior dessas mulheres apresentarem depressão [49].

Entre os aspectos comportamentais, existe ainda, uma associação entre o uso de tabaco e álcool durante a gravidez relatados em quatro trabalhos [10, 49, 50, 51], sendo que o uso de tabaco aumentou em 26% o risco [10].

Quanto aos fatores socioeconômicos e demográficos, os associados à depressão foram renda familiar, escolaridade, residir com marido/companheiro, cor da pele, gravidez não planejada e multiparidade, sendo citados em dezoito estudos.

Em relação à renda, houve maior predominância de puérperas que se enquadravam nas classes sociais mais baixas, como média ou baixa [39, 42, 43, 45, 47, 48, 50, 51, 52] por essa razão sendo mais suscetível ao desenvolvimento da doença.

Na cidade de Salvador, BA [53], 60% das entrevistadas possuíam menos de 1 salário mínimo como renda familiar e 36,7% tinham 2 a 3 salários mínimos, enquanto que nos dois estudos de âmbito nacional 17.926 mulheres estavam entre as classes mais baixas [47] e 3.174 eram beneficiárias do programa Bolsa Família (programa de transferência de renda, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza) [39]. Essa maior prevalência de depressão entre os grupos sociais menos privilegiados deixa em evidência a importante iniquidade existente, mostrando a necessidade de um planejamento familiar adequado.

O resultado "baixa escolaridade" foi citado em sete dos artigos da amostra. Em Guarapuava/PR, 45,1% das puérperas possuem baixo grau de escolaridade, ou seja, estudaram até 1º grau [54]. Resultado semelhante foi encontrado no estado da Amazônia e na região Nordeste, onde 22,4% das mulheres tinham menos de 7 anos de escolaridade [55] e também no estudo de SP, com resultado de 39,7% tinham entre 0-4 anos de estudo [39]. Já em Vitória de Santo Antão/PE e em Campinas/SP, 41,4% e 61% das mulheres possuíam ensino médio completo, respectivamente [50, 56].

Difícilmente essas mulheres relatam que trabalham ou que possuem uma renda fixa, e justificam o abandono dos estudos devido ao casamento ou união estável, com necessidade de realização de atividades do lar e com a gravidez [54].

Entretanto, na cidade de Rio Grande, RS, e também em Salvador/BA, houve uma associação significativa como um fator de proteção, sendo que quanto maior o número de anos completos de estudos, maior é a proteção para a doença [10, 38].

Além disso, a depressão era inversamente associada à escolaridade paterna e era mais elevada entre mães cujos maridos/parceiros tiveram 0-4 anos de educação formal (36,4%), em comparação com aqueles com nove ou mais anos de escolaridade (22,9%) [39].

Quanto ao fator "residir com companheiro ou ter o seu apoio", em São Paulo, foi encontrado menor prevalência entre as mulheres que viviam com

um companheiro, e aquelas que tinham parceiro relataram relações mais conflituosas com ele, o que, em parte, contribuía para que se sentissem menos amparadas socialmente [45].

Da mesma forma se confirma em Teresina, na qual mulheres que consideraram que seus companheiros foram ausentes ou não as apoiaram, apresentaram maior número de casos, totalizando 30,77%.

Esse estudo desvelou que o risco de não aparecimento de DPP é 1,407 maior entre aquelas que tiveram este apoio [46]. Portanto, não basta somente possuir um companheiro, mas sim ter uma relação conjugal saudável, receber apoio emocional, entre outros [39, 40, 43, 46, 51].

Com relação à "cor da pele", as desvantagens evidenciadas entre mulheres negras e pardas foi muito além dos indicadores socioeconômicos. Além disso, a utilização dos serviços de saúde de um modo geral mostrou piores resultados entre essas mulheres, bem como, maior probabilidade de desenvolver a doença. No estado da Amazônia e na região Nordeste foi encontrado 28,4% de mulheres negras [47]. Já em Salvador [53] e no estudo que analisou Recife e Campinas [50], os índices foram ainda mais altos, de 46,7% e 65,1%, respectivamente.

O planejamento da gestação foi fator de proteção, diminuindo cerca de 30% o risco de a puérpera desenvolver a doença [10].

Em estudo realizado em Recife/PE, concluiu-se que a rejeição à maternidade entendida por cogitar em não ter o filho é um fator que aumenta a chance em 1,74 vezes para DPP [57].

Já o estudo conduzido em Teresina/PI, revelou que o risco de não ter DPP entre as mulheres que planejaram a gravidez é 1,4 vezes maior que as que não planejaram [46].

Ressalta-se também que o estudo, na cidade de São Paulo, demonstrou que de 62 mulheres com depressão 55 tiveram esse fator como risco [51].

Esse fator também teve associação com sentimentos de raiva e depressão encontrados em Maringá/PR, no qual, 26,1% das mulheres que tiveram uma gravidez não pretendida apresentaram sentimentos de raiva e 33,7%, depressão. Portanto, planejar a gestação pode possibilitar à mãe maior

aceitação da gravidez, colaborando para a diminuição dos riscos de desenvolver depressão [48].

A multiparidade (dois ou mais partos) também surgiu como fator de risco significativo para o desenvolvimento de depressão [39, 48, 50, 51, 57], no qual 54,7% das puérperas multíparas tiveram um escore  $\geq 11$  na EPDS [48] e 54,1% com escore de 12 ou mais [50], o que pode ser explicado pelo estresse e sobrecarga na família quando a mulher já tem outros filhos.

Como limitação desta revisão, reconhece-se que não foi possível contemplar sobre a totalidade da produção científica desse tema. Para tanto, haveria a necessidade da realização de uma revisão sistemática, com a inclusão de outras bases de dados e sem a necessidade do recorte temporal, aqui realizado.

Portanto, não foram abrangidas todas as abordagens possíveis a respeito do tema. Destaca-se a necessidade de novos estudos originais, com coleta de dados primários, e a importância de delineamentos longitudinais e análises multifatoriais que levem em consideração os efeitos cruzados dos fatores de risco investigados.

## Conclusões

A alta prevalência de DPP reforça sua importância como um problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O monitoramento cuidadoso e profissional das mães, especialmente aquelas com os indicadores/fatores de risco indicativos nesse estudo, devem ser realizados para evitar problemas pessoais e familiares decorrentes de DPP. Por isso, tanto o conhecimento desses fatores de risco, quanto a habilidade clínica do médico em abordar diretamente a presença desses fatores, somados com a aplicação das escalas de rastreio são fundamentais nessa prevenção.

A consulta de pré-natal, muitas vezes, representa o único momento de atendimento continuado para a saúde da mulher e, portanto, uma grande oportunidade para a identificação da doença. Além disso, as consultas pediátricas e de puericultura também têm sido reconhecidas como excelentes espaços para o diagnóstico, principalmente nos casos tardios.

Vale ressaltar que aquelas mulheres com menor nível socioeconômico podem ser mais suscetíveis ao desenvolvimento de DPP e têm maior probabilidade de serem negligenciadas em seu diagnóstico, uma vez que

apresentam maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, o que também justifica a falta de adesão ao acompanhamento e tratamento médico.

### Agradecimentos e dados de financiamento

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

↑ **Tabela 1.** Amostra, prevalência, fatores de risco na DPP e instrumento de avaliação conforme os autores incluídos na revisão

<b>Identificação do Estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Prevalência (%)</b>	<b>Indicadores/fatores de risco significativamente associados com DPP</b>	<b>Instrumento de avaliação utilizado</b>
Cantilino et al. Recife (PE), 2010	400	7,2	História pregressa de transtornos mentais, história familiar de transtornos mentais e com alguma complicação médica geral	SCID-I
Figueira et al. Belo Horizonte (MG), 2011	245	26,9	História de depressão, sintomas depressivos ou ansiosos durante a gravidez, complicações pós-natal e falta de suporte no pós-natal	MINI-Plus
Lobato et al. Rio de Janeiro (RJ), 2011	811	24,3	Baixa escolaridade, sem parceiro fixo, parceiros que usam álcool e outras drogas	EPDS > 11
Kerber et al. Porto Alegre (RS), 2011	148	34,4	Baixa renda familiar e a presença de transtorno psiquiátrico materno no passado	SRQ
Silva et al. Pelotas (RS), 2012	1.019	16,5	Nível de pobreza, história psiquiátrica, ausência do parceiro e eventos vitais estressantes	EPDS ≥ 13
Melo et al. Recife (PE) e	555	24,3	Violência psicológica, uso de álcool durante a	EPDS ≥ 12

## Depressão pós-parto no Brasil

Campinas (SP), 2012			gravidez, cor da pele e violência física	
Alvarenga et al. Salvador (BA), 2013	77	50,6	Baixa escolaridade materna e falta de apoio social	IBD $\geq$ 12
Zaconeta et al. Brasília (DF), 2013	107	11,2	Transtornos depressivos prévios e estado civil	EPDS $\geq$ 13
Morais et al. São Paulo (SP), 2015	462	16,4	Nível de escolaridade, qualidade do relacionamento com o parceiro e transtorno depressivo prévio	EPDS $\geq$ 12
Soares et al. Teresina (PI), 2015	176	25	Estado civil, gravidez não planejada, complicações médicas na gestação e pós-parto, histórico de transtorno mental prévio	EPDS
Brito et al. Recife (PE), 2015	1.056	25,9	Gestação não planejada, comportamento controlador do parceiro, apoio social e paridade	EPDS $>$ 11
Theme Filha et al. 191 municípios de todos os estados brasileiros, 2016	23.894	26,3	Nível de pobreza, cor da pele, gravidez não planejada, história psiquiátrica e complicações pós-natal	EPDS $\geq$ 13
Corrêa et al. Amazônia e Nordeste, 2016	3.060	19,5	Baixa escolaridade, etnia e pré-natal inadequado	EPDS $\geq$ 11
Boska et al. Guarapuava (PR), 2016	51	21,6	Idade e baixo nível de escolaridade	EPDS $\geq$ 11
Morais et al. Rio de Janeiro (RJ), 2017	1.140	19,63	História de depressão, sintomas depressivos ou ansiosos durante a gravidez e qualidade do relacionamento com o parceiro	EPDS $\geq$ 12



Hartmann et al. Rio Grande (RS), 2017	2.687	14	Depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez, história de depressão na família, menor de idade e múltipara	EPDS $\geq$ 10
Andrade et al. Maringá (PR), 2017	278	21,9	Baixa renda, múltipara, gravidez não planejada e história prévia de depressão	EPDS $\geq$ 11
Melo et al. Vitória de Santo Antão (PE), 2018	58	8,6	Ensino fundamental incompleto e baixa renda	PDSS > 102
Monteiro et al. Barra do Graças (MT), 2018	204	24,51	Uso de álcool, tabagismo, história de depressão na família e violência psicológica	EPDS $\geq$ 10
Araujo et al. Salvador (BA), 2019	151	19,8	Estado civil, escolaridade, etnia e baixa renda familiar.	EPDS $\geq$ 10
Santos et al. 30 cidades Brasileiras, 2020	3.174	26,5	Tabagismo, qualidade do relacionamento com o parceiro, múltipara, estado civil, escolaridade materna e paterna	EPDS $\geq$ 10
Oliveira et al. São Paulo (SP), 2022	315	19,7	Baixa renda familiar, multiparidade, menor número de consultas pré-natal, histórico prévio de transtornos emocionais, insatisfação com a gravidez, qualidade do relacionamento com o parceiro, e agressão psicológica	EPDS $\geq$ 12

**Legenda:** **DPP:** Depressão pós-parto; **EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale; **IBD:** Inventário Beck de Depressão; **MINI-Plus:** Mini Neuropsychiatric Interview; **PDSS:** Postpartum Depression Screening Scale; **SCID-I:** Structured Clinical Interview for DSM-IV; **SRQ:** Self Report Questionnaire;

## Referências

1. Maletic V, Robinson M, Oakes T, Iyengar S, Ball SG, Russell J. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *Int J Clin Pract.* 2007;61:2030–40. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01602.x> - PMID:17944926 - PMCID:PMC2228409
2. Costa TS. Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro. (Tese) São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.
3. World Health Organization (WHO). United Nations Population Fund. World health statistics 2012: a global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2012. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2012.pdf> Acesso em: 3 maio 2022.
4. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36:262–70. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294> - PMID:25119639
5. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One.* 2012;7:e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879> - PMID:22348135 PMCID:PMC3279422
6. World Health Organization (WHO). Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. World Health Organization; 2009. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 3 maio 2022.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

8. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91:97–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051> - PMID:16466664
9. Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo LA, Souza LDM, Oses JP, Pinheiro RT. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33:76–9. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>
10. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:33. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016> PMID:29019521
11. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29:274–80. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>
12. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27:181–8. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>
13. Dankner R, Goldberg RP, Fisch RZ, Crum RM. Cultural elements of postpartum depression. A study of 327 Jewish Jerusalem women. *J Reprod Med*. 2000;45:97-104. PMID: 10710738.
14. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70:183–96. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106> - PMID:30691372
15. SCHILLER CE, MELTZER-BRODY S, RUBINOW DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr*. 2015 Feb;20(1):48–59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480> PMID:25263255 - PMCID:PMC4363269

16. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, Lanctôt KL. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry*. 2010;67:446–57. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.09.033> - PMID:20015486
17. Krause D, Jobst A, Kirchberg F, Kieper S, Härtl K, Kästner R, Myint AM, Schwarz MJ. Prenatal immunologic predictors of postpartum depressive symptoms: a prospective study for potential diagnostic markers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264:615–24. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0494-8> PMID:24595743
18. Couto TCE, Brancaglioni MYM, Alvim-Soares A, Moreira L, Garcia FD, Nicolato R, Aguiar RALP, Leite HV, Corrêa H. Postpartum depression: a systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry*. 2015;5:103–11. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.103> PMID:25815259 - PMCID:PMC4369539
19. Mahon PB, Payne JL, Mackinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B, Jancic D, NIMH Genetics Initiative Bipolar Disorder Consortium. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1229–37. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030417> PMID:19755578 - PMCID:PMC3665341
20. Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: a comparison of supportive relationships. *Soc Sci Res*. 2015;54:246–62. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009> - PMID:26463547
21. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:99–137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426> PMID:25822344 - PMCID:PMC5659274
22. Bernazzani O, Conroy S, Marks MN, Siddle KA, Guedeney N, Bifulco A, Asten P, Figueiredo B, Gorman LL, Bellini S, Glatigny-Dallay E, Hayes S, Klier CM, Kammerer MH, Henshaw CA, the TCS-PND Group. Contextual assessment of the maternity experience:

development of an instrument for cross-cultural research. Br J Psychiatry Suppl. 2004;46:s24–30.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.184.46.s24> - PMID:14754815

- 23. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 24. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. J Affect Disord. 2005;88:9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.04.007> PMID:15979150
- 25. Vaezi A, Soojoodi F, Banihashemi AT, Nojomi M. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. Women Birth. 2019;32:e238–42.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014> - PMID:30274879
- 26. Sugawara M, Toda MA, Shima S, Mukai T, Sakakura K, Kitamura T. Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychol. 1997;53:225–32. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199704\)53:3<225::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199704)53:3<225::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q)
- 27. Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. Arch Womens Ment Health. 2004;7:123–31.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-003-0038-0> - PMID:15083347
- 28. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26:289–95.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006> PMID:15234824
- 29. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. Am J Psychiatry. 2001;158:1856–63.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1856> - PMID:11691692

- 30. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132:e208–12.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927> - PMID:30629567
- 31. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2016;375:2177–86. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>  
PMid:27959754
- 32. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: an evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr.* 2020;53:102353.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353> - PMID:32927309
- 33. Khan R, Waqas A, Bilal A, Mustehsan ZH, Omar J, Rahman A. Association of maternal depression with diet: a systematic review. *Asian J Psychiatr.* 2020;52:102098.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102098> - PMID:32403029
- 34. Wittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52:546-53.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> -  
PMid:16268861
- 35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782–6.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782> - PMID:3651732
- 36. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2014;175:34-52.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041> - PMID:25590764
- 37. Cantilino A, Zambaldi CF, 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;59:1-9.  
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100001>

38. Alvarenga P, Palma EMS, Silva LMA, Dazzani MV. Relações entre apoio social e depressão pós-parto em puérperas. *Interação Psicol.* 2013;17:47-57. <https://doi.org/10.5380/psi.v17i1.20159>
39. Santos IS, Munhoz TN, Blumenberg C, Barcelos R, Bortolotto CC, Matijasevich A, Junior HCS, Santos LM, Correia LL, Souza MR, Lira PIC, Altafim E, Marino E, Macana EC, Silva RS, Ohana EF, Fontes MTA, Victora CG. Post-partum depression: a cross-sectional study of women enrolled in a conditional cash transfer program in 30 Brazilian cities. *J Affect Disord.* 2020;281:510-16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.042> - PMID:33388462
40. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública.* 2017;33:e00032016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00032016> - PMID:28724023
41. Figueira PG, Diniz LM, Silva Filho HC. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr.* 2011;33:71-5. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000009>
42. Kerber SR, Falceto OG, Fernandes CLC. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33:281-7. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/62018/000816035.pdf?sequence=1> Acesso em: 3 maio 2022.
43. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, Horta B, Pinheiro R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:143-8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200005> - PMID:22729409
44. Zaconeta AM, Queiroz IFB, Amato AA, Motta LDC, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35:130-5.

<https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000300007> -  
PMid:23538472

45. Moraes MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. 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;20:40-9. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>
46. Soares CKY, Gonçalves CNP, Carvalho CMS. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. *Revista Interdisciplinar.* 2015;8:40-6.
47. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Lea MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study. *J Affect Disord.* 2016;194:159-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>  
PMid:26826865
48. Andrade M, Demitto MO, Dell Agnolo CM, Torres MM, Carvalho MDB. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Rev Portug Enferm Saúde Mental.* 2017;18:8-13.  
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0186>
49. Monteiro KA, Godoi BN, Toledo OR, David FL, Avelino MM, Moraes EV. Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. *Rev Bras Ciências Saúde.* 2018;4:379-88.  
<https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n4.33808>
50. Melo EFJ, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord.* 2012;136:1204-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.023>  
PMid:22169251
51. Oliveira TA, Luzetti GGCM, ROSALÉM MMA, Neto CM. Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44:452-57.  
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095> - PMid:35253138

52. Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14:187-93. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0206-6> - PMID:21298505
53. Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LKA, Santo VC. Postpartum depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41:155-63. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861> PMID:30822806
54. Boska GA, Wisniewski D, Lentsck MH. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *J Nurs Health*. 2016;6:38-50.
55. Corrêa H, Couto TC, Santos W, Romano-Silva MA, Santos LMP. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. *J Affect Disord*. 2016;204:214-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.026> - PMID:27372408
56. Melo SB, Jordão RRR, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Cantilino A, Souge EB. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018;18:163-9. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100008>
57. Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:33. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>