

## Depressão pós-parto materna e bebês com malformações: revisão sistemática

Carolina Viecili Azambuja  
Ariela Santana Cardoso  
Ramon Wolkmer Silvestri da Silva

**Resumo:** A depressão pós-parto materna (DPP-M) atinge parte importante da população, tornando-se um problema de saúde pública. Apesar de haver pesquisas com mães e bebês no período pós-parto, mães que possuem bebês com malformações são muitas vezes excluídas das amostras. Foi realizada uma revisão sistemática de artigos publicados nos últimos dez anos que incluíssem bebês com malformações e relação com o desenvolvimento de DPP-M. As bases de dados PsycNET, PubMed e Embase foram utilizadas na pesquisa; apenas artigos publicados em inglês, em periódicos e pesquisas com seres humanos com grupo controle foram incluídos. Ao fim, apenas aqueles que preenchessem os critérios de inclusão e relacionassem DPP-M e bebês com malformações foram incluídos. Dois juízes duplos-cegos fizeram o julgamento dos artigos. Nenhum artigo fechou critérios de inclusão para leitura completa, sendo que os resumos de todos eles foram lidos para posterior exclusão. Assim, há necessidade de estudos a serem realizados com bebês com malformações e relação de desenvolvimento de DPP-M.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-Parto; Bebês, Malformações.

### Maternal postpartum depression and babies with malformations: Systematic review

**Abstract:** The maternal postpartum depression (M-PPD) reaches important part of the population, becoming a public health problem. Although there research with mothers and babies in the postpartum period, mothers who have babies with birth defects are often excluded from the sample. A systematic review of articles published in the last ten years that included babies with birth defects and their relationship to the development of M-PPD was performed. Databases PsycNET, PubMed and Embase were used in the research; only articles published in English, in periodicals and research with human beings and control group were included. At the end, only those who met the inclusion criteria and relate M-DPP and babies with birth defects were included. Two double-blind judges made the trial of the articles. No article closed inclusion criteria for complete reading, however the abstract of all of them has been read, for later exclusion. Thus, there is need for studies to be conducted with babies with birth defects and ratio of M-DPP development.

**Keywords:** Postpartum Depression; Babies; Malformations.

---

### Introdução

A depressão é uma condição médica comum, com prevalência variando entre 4% e 17% na população geral (Rombaldi, Silva, Gazalle, Azevedo & Hallal, 2010; Silva, Galvão, Martins & Pereira, 2014). Quando se trata dos sintomas depressivos, a prevalência é ainda mais elevada. Especificamente no estado do Rio Grande do Sul, um estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas com 972 indivíduos, de ambos os sexos, entre 20 e 69 anos, revelou uma alta prevalência de sintomas depressivos na população

avaliada sendo que alguns sintomas foram reportados por mais da metade da amostra: ansiedade (57,6%), preferir ficar em casa (54,3%), falta de disposição (40,4%), falta de energia (37,6%), pensar no passado (33,8%), e tristeza (29,4%) (Rombaldi et al., 2010).

O transtorno depressivo maior é um dos possíveis quadros do espectro da depressão e comporta, dentro dos especificadores da gravidade/curso o especificador com início no periparto. Este ocorre quando o início dos sintomas de humor acontece durante a gravidez ou pelo menos quatro semanas seguintes ao parto e pode ser aplicado tanto ao episódio atual quanto ao episódio mais recente – caso atualmente os critérios para episódio depressivo maior não forem satisfeitos. Destaca-se que, metade dos episódios depressivos maiores “pós-parto” começam antes do parto e com frequência são acompanhados de ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico. Ainda, episódios de humor com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas (American Psychiatric Association, 2014).

Adicional a fatores psiquiátricos, como a presença de transtorno depressivo, transtornos /ou crises de ansiedade e alterações e transtornos de humor, a maternidade vem acompanhada da necessidade de ajustes no relacionamento conjugal, na rede de apoio social e no dia a dia da família, o que pode ocasionar o estresse materno (Surala, Saraswathi, & Maram, 2015). Tais mudanças associadas ao risco aumentado de desenvolver depressão, pela influência do próprio gênero, potencializam a probabilidade do desenvolvimento da depressão pós-parto. Assim, gestação e o período pós-parto são considerados fatores de risco para o desencadeamento e/ou aumento de transtorno psiquiátricos em mulheres e, em especial, da depressão pós-parto (Lobato, Moraes, & Reichenheim, 2011; Sit & Wisner, 2009; World Health Organization [WHO], 2009).

A depressão pós-parto (DPP) é uma complicação médica mais comum entre as mulheres no período reprodutivo e reconhecida como importante condição de causa de morbidade materna (Lobato et al., 2011; Sit & Wisner, 2009; WHO, 2009). Estudos epidemiológicos registram a prevalência entre 10 e 20% de DPP para a população mundial, com variações entre os índices, possivelmente, por uso de diferentes critérios diagnósticos e métodos de mensuração e avaliação, assim como, influências econômicas e culturais (Lobato et al., 2011; Sit & Wisner, 2009; WHO, 2009).

A partir da prevalência e consequências do transtorno, numa tentativa de compreender melhor a doença, pesquisadores buscam investigar quais os principais fatores que podem estar associados à depressão pós-parto materna (DPP-M). Estudos de Cooper e Murray (1998) apontam que fatores ambientais e sociais, tais como, eventos estressantes como desemprego, conflito conjugal, ausência de apoio do cônjuge, família e amigos, e ainda, o histórico psiquiátrico da mãe, são comumente relatados como fatores de risco para desenvolvimento da DPP-M. Corroborando com esses achados, uma revisão da literatura apontou todos os fatores de risco mencionados anteriormente, acrescentando ainda que mães mais jovens apresentaram sintomas depressivos mais frequentemente (Schwengber & Piccinini, 2003). Ainda, um estudo de meta-análise encontrou resultados semelhantes, os quais apontaram que dentre os principais fatores associados à manifestação de DPP-M estavam: a depressão ou ansiedade durante a gravidez, história pregressa de transtornos psiquiátricos, histórico de DPP-M na família, eventos de vida estressantes, suporte social problemático, problemas conjugais e complicações durante a gestação (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004).

Em relação aos impactos da depressão pós-parto é de particular importância os efeitos no desenvolvimento infantil. A literatura aponta que filhos de mães com DPP tem prejuízos no desenvolvimento cognitivo e emocional (Cooper & Murray, 1995; Silva Moraes et al., 2006). Além disso, DPP-M está associada a importantes distúrbios no desenvolvimento das crianças tais como, apego inseguro com os cuidadores e déficits cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais (Goodman & Gotlib, 2002; Nysten, Moran, Franklin, & O'hara, 2006; Radke-Yarrow & Klimes-Dougan, 2002). Porém, há um expressivo número de pesquisas voltadas para a DPP-M e bebês considerados saudáveis. Visto que, se as crianças apresentam algum tipo de doença, ficam internadas logo após o nascimento ou possuem alguma malformação, etc., são automaticamente excluídas da pesquisa.

As malformações congênitas são distúrbios do desenvolvimento que podem surgir no nascimento, no período embrionário, incluindo toda alteração de ordem estrutural, funcional ou metabólica, que causam anomalias físicas ou mentais ao indivíduo (Castro, Cunha & Moreira, 2006; Horovitz, Llerena Junior & Mattos, 2005). Elas podem ser detectadas tanto no nascimento ou no decorrer da infância. No Brasil, as malformações congênitas representam uma das principais causas de mortalidade infantil, representando cerca de 11,2% dos óbitos ocorridos no nessa categoria (Victora & Barros, 2001). Assim, as malformações congênitas assumem um importante papel no quadro de morbimortalidade (Costa, 2005; Horovitz, Llerena Junior & Mattos, 2005). Os distúrbios cromossômicos apresentados como síndromes, por exemplo, a Síndrome de Down, também são considerados malformações (Costa, 2005).

Algumas características maternas estão associadas com a ocorrência de malformações, entre elas a faixa etária, hábitos de vida, cuidados com a própria saúde e trabalho (Costa, 2005; Guerra, 2006). A prevalência de algumas malformações leva em conta algumas variáveis, como, raça, histórico e presença de doença na mãe e doenças infecciosas durante a gravidez. Referente aos fatores de risco, os hábitos de vida, como fumar e/ou ingerir substâncias alcoólicas na gestação têm grande associação com a prevalência de alguns tipos de malformações. Esses fatores podem interagir ainda com outros, como a desnutrição materna, a falta ou qualidade do acompanhamento pré-natal, nível de escolaridade e também a automedicação (Costa, 2005).

Estima-se que as malformações estão presentes em 2 a 3% dos recém-nascidos, e que podem subir para 5% se incluirmos as alterações diagnosticadas mais tardiamente (Thomé, Sodr , Almeida, 2001). Conhecer as informações sobre a prevalência de malformações em recém-nascidos é de extrema importância para o planejamento de ações em saúde. Porém, os dados não são precisos e atualizados. Com relação aos dados obtidos mediante a incidência e prejuízos da DPP-M, tornando-a um problema de saúde pública mundial, fazem-se necessárias investigações com esta população, incluindo bebês com malformações e suas mães, amostra esta muitas vezes excluídas dos estudos. Com a comprovação de desenvolvimento da doença em mulheres com bebês com malformações, os órgãos responsáveis poderiam trabalhar com a prevenção e detecção precoce para tratamento e amenização dos problemas decorrentes do transtorno. Isto acarretaria menores índices de depressão no período pós-parto e menos prejuízos no desenvolvimento dos bebês, em casos de malformações.

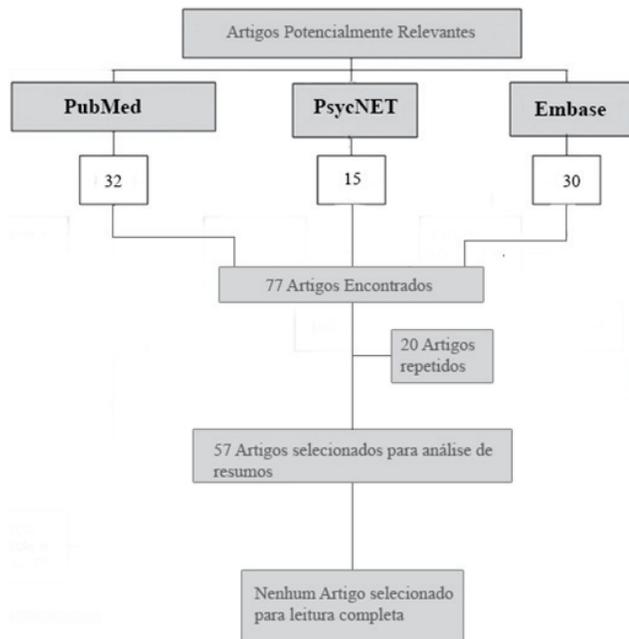
## Método

Foram pesquisados estudos empíricos dos últimos 10 anos, entre janeiro de 2006 e julho de 2016, que investigaram a relação entre DPP-M e bebês com malformações. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados: PsycNET, Embase e PubMed. Os descritores selecionados para a revisão foram: *postnatal depression* (depressão pós-natal) OR *postpartum depression* (depressão pós-parto) AND *congenital disease* (doença congênita) OR *neonatal disease* (doença neonatal) OR *neonatal disorders* (desordens neonatais) NOT *animals* (animais). Foram critérios de inclusão: a) artigos empíricos publicados em inglês; b) artigos publicados em *journal article* (periódicos); c) pesquisas realizadas com seres humanos e; d) pesquisas com grupo controle.

A análise dos resumos foi realizada por dois juízes independentes, em julgamento duplo-cego. Após consenso entre os mesmos, foram realizadas as análises dos estudos em que houve discordância de inclusão e exclusão. Foram excluídos da revisão os artigos que não traziam relação na amostra entre depressão pós-parto e bebês com malformações. Para os descritores selecionados, foram encontrados 15 artigos na base PsycNET, 32 na PubMed e 30 na Embase, totalizando 77 artigos.

Após a análise dos títulos dos 77 artigos, excluindo-se os repetidos, 57 foram selecionados para leitura do resumo. Foi então realizada a análise criteriosa dos resumos pelos juízes, resultando em nenhum artigo para leitura completa. Assim, ao final da seleção nenhum artigo foi selecionado para a revisão.

Figura 1 – Fluxograma da pesquisa de artigos – apresenta o fluxograma da seleção dos estudos.



Fonte: os autores.

## Resultados

Dos 57 artigos selecionados para leitura dos resumos, apesar de nenhum ter sido incluído para leitura total, preenchendo os critérios para inclusão, ainda assim, foi possível extrair informações para resultados. Os artigos não foram incluídos devido aos seguintes fatores: 1) não abrangiam mães de bebês com malformações; 2) o estudo era realizado com os pais e não com as mães; 3) traziam informações sobre DPP-M, mas não faziam relação com malformações; 4) estudos não realizados com seres humanos (macacos, ratos, potros etc.); 5) relacionados com doenças/complicações no período da gestação, como, epilepsia, diabetes, etc.; 6) bebês com malformações, mas sem ser avaliada presença de DPP-M; 7) estudos de meta-análise, análises sistemáticas e estudos de revisão e que também não faziam relação entre DPP-M e bebês com malformações e; 8) trabalhos apresentados em seminários.

Em relação aos países de publicação, treze não tinham bem definido o país da pesquisa ou publicação; onze foram realizados por estadunidenses e seis por ingleses. Irã e Itália tiveram quatro estudos publicados cada, seguido pela Alemanha que foi responsável por três e Finlândia, Holanda e pesquisas englobando vários países, todos com duas pesquisas. Os países como o Brasil, França, Austrália, China, Taiwan, Canadá, Índia, Nigéria e publicação conjunta entre Estados Unidos e Alemanha, todos com uma publicação. Referente ao ano de publicação das pesquisas, nove delas foram publicadas em 2013, e oito em 2012 e 2015. O ano de 2006 teve sete, seguido por 2007 e 2009 com cinco cada, e 2008 com quatro. Os anos de 2010, 2011 e 2014, todas com três publicações e 2016 até o momento, com duas publicações.

Quanto às revistas que mais publicaram artigos referentes aos descritores procurados, a *The Lancet* foi responsável por quatro dos 57 artigos e a *Behavioral Neuroscience* publicou três. As revistas *Abnormal Psychology*, *Psychology of man & masculinity* e *Archives of Iranian Medicine*, todas com duas publicações. A pesquisa brasileira realizada na cidade de Cachoeirinha no estado Rio Grande do Sul foi publicada no *Psychology & Neuroscience* no ano de 2012. A única pesquisa realizada com amostra brasileira e publicada em revista internacional contou com a participação de 52 mulheres no período pós-parto, as quais foram avaliadas em seis e doze meses após o nascimento do bebê. O objetivo desta pesquisa foi examinar correlações entre a presença de sintomas depressivos e os diferentes tipos de ligação materna que essas mulheres tinham com suas mães durante a infância e adolescência. Ou seja, neste estudo brasileiro, apesar de investigar depressão pós-parto, não trouxe dados da doença e bebês com malformações. Dentre os instrumentos utilizados, os autores optaram pela Escala Critério de Classificação Econômica Brasil, o *Parental Bonding Inventory* (PBI), o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Nos resultados obtidos, os autores encontraram que 9,1% da amostra teve um episódio depressivo atual e 73,6% tinham provável depressão pós-parto.

## Discussão

A depressão é uma condição médica de grande prevalência nas populações. Têm-se identificado grandes índices do transtorno e sintomatologia no período gestacional e pós-parto. A DPP-M além de trazer prejuízos para a saúde da mãe, carrega consigo danos para o bebê e família. Dentre as populações estudadas, mães com bebês com malformação quase que em todos os estudos são excluídos da amostra, sendo que, o índice de malformações é significativo. A atenção, tanto em pesquisas quanto no período pós-parto carece com estes sujeitos. A própria revisão sistemática que buscou identificar nos últimos dez anos estudos com esta população não encontrou nenhum resultado. Isto demonstra a falta de incentivo ou até interesse em pesquisas que incluam mães no pós-parto com filhos com malformações. Identificando a relação entre DPP-M e bebês com malformações é possível pensar-se em tratamento e prevenção da doença nestas mães, visto que, em muitos casos as malformações já são identificadas em pré-natais e vida intrauterina.

Um fator apontado por pesquisadores que se mostrou associado à DPP-M é o temperamento do bebê. Assim, estudos buscaram compreender a relação entre DPP e temperamento do bebê. Estes apontam uma ligação entre sintomas depressivos e algumas variáveis: baixa autoestima da mãe, impressão de falta de competência com cuidados básicos e habilidades com alimentação, além da percepção da criança como sendo “difícil” estão presentes em mulheres com sintomas depressivos. Além disso, os resultados mostraram que a percepção comportamental da criança como sendo difícil foi preditivo de depressão de acordo com a intensidade dos sintomas, ou seja, mulheres com sintomas depressivos mais intensos, avaliaram seus filhos como sendo os de comportamento mais difícil (Muscat, Thorpe, & Obst, 2012).

Corroborando com esse achado, outra investigação (Britton, 2011) apontou que há tendência de as mães com DPP descreverem seus bebês como crianças de temperamento difícil. Esse resultado também foi apresentado em outros estudos anteriores (Hanington, Ramchandani, & Stein, 2010; McGrath, Records & Rice, 2008). Por outro lado, o estudo de Murray, Cooper, Creswell, Schofield e Sack (2007) mostrou resultados contrários, identificando que maior irritabilidade e desenvolvimento psicômotor empobrecido ou mais lento do bebê são fatores desencadeantes da DPP-M em mães que já são vulneráveis ao desenvolvimento da doença, e que seria o temperamento difícil do bebê um importante preditor de DPP-M. Isso pode indicar que, além de um maior número de estudos sobre a relação entre DPP-M e bebês com malformações, é necessário maior detalhamento dessa relação, tais como: tipos e graus de malformações, além de variáveis maternas como sintomas depressivos e outros transtornos e percepção materna a respeito do bebê.

## Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5). 5.ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health*, 51(1), 55-71.

- Castro, M.L.S., Cunha, C.J., & Moreira, P.B. (2006). Frequência das malformações múltiplas em recém-nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e fatores sociodemográficos associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1009-15.
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316(7148), 1884–1886.
- Costa, C.M.S. (2005) Perfil das malformações congênicas numa amostra de nascimentos no município de Rio de Janeiro, 1999-2001. [Dissertação]. *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (2002). (Eds.) *Children of Depressed Parents: Alternative Pathways to Risk for Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association Pres.
- Guerra, F. A. R. (2006). *Avaliação das informações sobre defeitos congênitos no município do Rio de Janeiro através do SINASC*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 88-95.
- Horovitz, D. D. G., Llerena Junior, J. C. & Mattos, R. A. (2005) Atenção aos Defeitos Congênicos no Brasil: Panorama Atual. *Caderno de Saúde Pública*; 21(4): 1055-64.
- Lobato, G., Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 369-379.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant behavior and development*, 31(1), 71-80.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 45-52.
- Muscat, T., Thorpe, K., & Obst, P. (2012). Disconfirmed expectations of infant behaviours and postnatal depressive symptoms among parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 51-61.
- Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L., & O'hara, M. W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant mental health journal*, 27(4), 327-343.
- Radke-Yarrow, M., & Klimes-Dougan, B. (2002). Parental depression and offspring disorders: A developmental perspective. p.155-173. In Goodman, Sherryl H. (Ed); Gotlib, Ian H. (Ed), (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-95.

- Rombaldi, A. J., Silva, M. C. da, Gazalle, F. K., Azevedo, M. R. & Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 620-629.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Silva Moraes, I. G., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Silva, M. T., Galvao, T. F., Martins, S. S. & Pereira, M. G. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: A systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(3), 262-270.
- Sit, D. K., & Wisner, K. L. (2009). The Identification of Postpartum Depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456-468.
- Surala, S. D., Saraswathi, K., & Maram, S. (2015). Early Psychological Manifestations and Risk Factors in Puerperal Women. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 6(1), 967-974.
- Thomé, L. C. C., Sodrê, É. F. L. D. M., & Almeida, M. D. S. (2001). Incidência de malformações congênitas diagnosticadas em recém-nascidos no berçário do Hospital da Santa de Misericórdia do Pará, período de Janeiro de 1996 a Maio de 1999. *Rev. Para. Med.*, 15(1), 41-6.
- Victora, C. G., & Barros, F. C. (2001). Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Medical Journal*, 119(1), 33-42.
- World Health Organization. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health*. A global review of the literature. Geneva: WHO Press.

---

**Recebido em: outubro de 2017**

**Aprovado em: novembro de 2017**

---

**Carolina Viceli Azambuja:** Psicóloga; Especialista; Mestranda em Psicologia; PUCRS; Rua Cabral, 201/304, Rio Branco, Porto Alegre-RS, CEP: 99420-120, (54)99300333.

**Ariela Santana Cardoso:** Psicóloga; Especialista, Mestranda em Psicologia; PUCRS; Rua Luxemburgo, Qd. 119/Lt.12, Jardim Europa, Goiânia-GO, CEP: 74330-190, (62)99068666.

**Ramon Wolkmer Silvestri da Silva:** Psicólogo, Especialista, Mestrando em Psicologia; PUCRS; Rua Artigas, 371, Petrópolis, Porto Alegre-RS, CEP: 90670-12, (51)9739-5838.

**Endereço para contato:** carolina-viazambuja@hotmail.com