

Transtorno mental comum e sintoma depressivo perinatal: revisão integrativa

Common mental disorders and perinatal depressive symptoms: an integrative review

Trastorno mental común y síntoma depresivo perinatal: revisión integrativa

Bruno Pereira da Silva^{I,III}

ORCID: 0000-0002-5825-7402

Paulo A R Neves^{II}

ORCID: 0000-0002-1200-4725

Maria Cristina Mazzaia^{III}

ORCID: 0000-0001-5259-577X

Maria Cristina Gabrielloni^{III}

ORCID: 0000-0003-2395-9161

^I Universidade Federal do Acre. Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III} Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva BP, Neves PAR, Mazzaia MC, Gabrielloni MC.

Common mental disorders and perinatal depressive symptoms: an integrative review.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190823.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0823>

Autor Correspondente:

Bruno Pereira da Silva

E-mail: pereira-bs@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 21-11-2019 **Aprovação:** 26-06-2020

RESUMO

Objetivo: investigar a ocorrência e os fatores de risco ao transtorno mental comum e sintoma depressivo perinatal. **Métodos:** revisão integrativa da literatura, sendo utilizadas as bases de dados CINAHL, Embase, PubMed, PsycINFO e LILACS, buscando estudos conduzidos entre 2014 e 2019. A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2019. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Heading* (MeSH) nas estratégias de busca empregadas em cada base de dados. **Resultados:** foram incluídos 13 artigos. A maioria dos estudos foi conduzido no Brasil e com delineamento transversal. As maiores prevalências de transtorno mental comum (63%) e de sintoma depressivo (30%) foram encontradas em estudos brasileiros. **Conclusão:** foram encontradas elevadas frequências para transtorno mental perinatal, com destaque para os estudos realizados no Brasil. Baixo nível socioeconômico, ser mãe solteira, história pregressa de transtorno mental, gravidez não planejada e multiparidade foram fatores de risco aos transtornos investigados.

Descritores: Sintomas Depressivos; Transtornos Mentais; Saúde da Mulher; Escalas de Graduação Psiquiátrica; Revisão.

ABSTRACT

Objective: to investigate occurrence and risk factors for common mental disorders and perinatal depressive symptoms. **Methods:** an integrative literature review using CINAHL, Embase, PubMed, PsycINFO, and LILACS, looking for studies conducted between 2014 and 2019. Data collection took place between June and July 2019. Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Heading (MeSH) were used in the search strategies employed in each database. **Results:** thirteen articles were included. Most studies were conducted in Brazil and with a cross-sectional design. The highest prevalence of common mental disorders (63%) and depressive symptoms (30%) were found in Brazilian studies. **Conclusion:** high frequencies were found for perinatal mental disorder, with emphasis on studies carried out in Brazil. Low socioeconomic status, being a single mother, history of mental disorder, unplanned pregnancy and multiparity were risk factors for the investigated disorders.

Descriptors: Depression; Mental Disorders; Women's Health; Psychiatric Status Rating Scales; Review.

RESUMEN

Objetivo: investigar la aparición y los factores de riesgo de trastorno mental común y síntoma depresivo perinatal. **Métodos:** revisión integral de la literatura, utilizando las bases de datos CINAHL, Embase, PubMed, PsycINFO y LILACS, buscando estudios realizados entre 2014 y 2019. La recopilación de datos se produjo entre junio y julio de 2019. Descriptores en Ciencia de Health (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH) en las estrategias de búsqueda utilizadas en cada base de datos. **Resultados:** se incluyeron 13 artículos. La mayoría de los estudios se realizaron en Brasil y con un diseño transversal. Las prevalencias más altas de trastorno mental común (63%) y síntomas depresivos (30%) se encontraron en estudios brasileños. **Conclusión:** se encontraron altas frecuencias para el trastorno mental perinatal, con énfasis en estudios realizados en Brasil. El bajo nivel socioeconómico, ser madre soltera, antecedentes previos de trastorno mental, embarazo no planificado y multiparidad fueron factores de riesgo para los trastornos investigados.

Descriptores: Depresión; Transtornos Mentales; Salud de la Mujer; Escalas de Valoración Psiquiátrica; Revisión.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental acometem toda a população, sendo alguns grupos mais susceptíveis a determinado tipo de transtorno. Nesse sentido, as mulheres podem apresentar transtornos específicos do gênero, como transtornos mentais na perinatalidade⁽¹⁾. Nesse período, compreendido desde a gestação e em até 12 meses após o parto⁽²⁾, as mulheres-mães estão susceptíveis à manifestação de transtornos mentais comuns (TMC), que são uma suspeita de comorbidade mental para os transtorno de humor, ansiedade e somatização, caracterizados por sintomatologia depressiva e ansiosa, como desconcentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade e queixas somáticas não específicas. Atenção é voltada para essas últimas, pois é sabida a predominância de queixas somáticas a psíquicas em indivíduos que manifestam tais transtornos. Embora a sintomatologia inicial não se caracterize de forma agressiva, pode gerar extrema consternação e acarretar disfunção nas atividades diárias⁽³⁻⁴⁾. Especificamente no pós-parto, as mulheres estão susceptíveis a sintomas depressivos (SD) não psicóticos com humor disfórico, distúrbio psicomotor, alterações no sono e no apetite, fadiga, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê⁽⁵⁻⁶⁾.

Os problemas de saúde mental perinatais foram estudados em 90% dos países de alta renda e somente em 10% dos países de média e baixa renda⁽⁷⁾. No período gestacional, a prevalência em países de alta renda foi estimada entre 10% e 15%, e, nos países de média e baixa renda, entre 10% e 41%, a depender do local, do trimestre gestacional e do instrumento de rastreamento utilizado⁽⁷⁾. No pós-parto, a prevalência é estimada entre 24% e 27% para os países de alta renda e entre 14% e 50% em países de média e baixa renda⁽⁷⁻⁸⁾. Estudos no Brasil, realizados na Atenção Primária à Saúde (APS), encontraram prevalência entre 30 e 40%, e de aproximadamente 20%, quando realizados com amostras hospitalares ou de base populacional⁽⁹⁾. Dados da pesquisa "Nascer no Brasil", primeiro estudo brasileiro de base populacional hospitalar que investigou depressão materna, apontam para uma prevalência de 26% de SD pós-parto⁽¹⁰⁾.

Dentre os fatores de risco de TMC e SD no período perinatal, destacam-se a gravidez na adolescência, ser solteira ou separada, gravidez indesejada, falta de apoio na relação conjugal, natimorto anterior, aborto espontâneo repetido, nuliparidade, situação socioeconômica, falta de suporte familiar, gravidez como resultado de violência sexual⁽⁷⁾. Observam-se, ainda, dificuldades comportamentais do companheiro (violência física, psicológica e verbal, consumo de álcool, baixa escolaridade, desemprego, pouca assistência e rejeição da gravidez), falta de confiança no parceiro, aglomeração familiar, SD e ansiosos gestacionais, doenças durante a gestação, parto cirúrgico, multiparidade, infância instável, doenças na infância, sexo do bebê, falta de rede de apoio, história pregressa de transtorno psiquiátrico e outros eventos estressantes da vida^(7,11).

Neste sentido, a estimava da ocorrência do problema e a identificação dos fatores de risco são fundamentais para a elaboração de estratégias efetivas de detecção precoce, prevenção, cuidado e atualização da literatura para a identificação de potenciais lacunas no conhecimento sobre problemas mentais no período perinatal.

OBJETIVO

Investigar a ocorrência e os fatores de risco ao transtorno mental comum e sintoma depressivo perinatal.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL), para a qual foram seguidas etapas metodológicas previamente descritas para condução deste tipo de estudo⁽¹²⁾. Na primeira etapa, utilizou-se a estratégia PICO (População, Fenômeno de interesse e Contexto) para a elaboração da questão norteadora, além de ser um guia para a coleta de dados e a extração de informações⁽¹³⁾. Nesta revisão, População (P) abrangeu mulheres no período perinatal; o Fenômeno de interesse (I), a ocorrência de TMC e SD; e o Contexto (Co), a ocorrência dos fenômenos globalmente nos últimos 5 anos. Assim, a questão norteadora foi: qual a ocorrência de transtorno mental comum e sintoma depressivo perinatal apontado na literatura científica nacional e internacional, recentemente?

Para o cumprimento da segunda etapa, foram definidas as bases de dados e os descritores a serem utilizados para executar as estratégias de busca. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH) na definição dos descritores aplicados nas bases de dados CINAHL, Embase, PubMed, PsycINFO e LILACS, além dos operadores booleanos AND e OR para a busca. No Quadro 1, encontram-se as estratégias de buscas empregadas em cada base de dados. A busca foi conduzida durante o mês de julho de 2019, e os resultados foram organizados para triagem no *software* EndNote, sendo excluídos os artigos duplicados.

Quadro 1 - Estratégias de busca moduladas de acordo com cada uma das bases de dados, 2019

Base de dados	Estratégia de busca
CINAHL	((("MH "Pregnancy") OR TI Pregnancy OR AB Pregnancy) OR ((("MH "Depression, Postpartum") OR TI ("postpartum depression" OR "postnatal depression" OR ppd) OR AB ("postpartum depression" OR "postnatal depression" OR ppd)) AND ("common mental disorder" OR "common mental disorders"))
Embase	("common mental disorder"/exp OR "common mental disorder" OR "common mental disorders") AND ("postnatal depression"/exp OR "pregnancy"/exp) AND [Embase]/lim
LILACS	tw: (("transtorno mental comum" OR "transtornos mentais comuns" OR "common mental disorder" OR "common mental disorders")) AND (instance: "regional") AND (mh: ("Gravidez" OR "Depressão Pós-Parto") AND db: ("LILACS" OR "BDEF" OR "INDEXPSI" OR "SMS-SP"))
PubMed/MEDLINE	((("common mental disorder" OR "common mental disorders")) AND (((("Pregnancy" [Mesh] OR "Pregnancy" [tiab])) OR ("Depression, Postpartum" [Mesh] OR "Depression, Postpartum" [tiab]))
PsycINFO	"COMMON MENTAL DISORDER" OR Any Field: "COMMON MENTAL DISORDERS" AND (Any Field: PREGNANCY OR Any Field: "POSTPARTUM DEPRESSION")

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: estudos observacionais descritivo ou analítico, de desenho transversal ou coorte, desenvolvido com seres humanos do sexo feminino, publicados entre 2014 e 2019, nos idiomas inglês, espanhol ou português, e que abordassem a ocorrência de TMC ou SD perinatal. Como critérios de exclusão: artigos não originais (revisões) e outras formas de publicação que não respondessem à pergunta

norteadora e não apresentassem conteúdo relacionado ao tema.

Na terceira etapa, foi realizada a extração dos dados dos artigos selecionados, norteadora pelo instrumento que continha como informações autor, ano, país, desenho de estudo, amostra, período perinatal, ocorrências, instrumentos e seus escores⁽¹²⁾ e a classificação dos níveis de evidência científica baseada no modelo de Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹⁴⁾ (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos de acordo com a autoria, desenho, amostra, período perinatal avaliado, ocorrências, instrumentos, escores e nível de evidência, São Paulo, 2019

Autor, ano, país	Desenho	Amostra	Período perinatal	Ocorrências	Instrumentos e escores	Nível da evidência
Alvarenga, Frizzo, 2017, Brasil ⁽¹⁶⁾	Coorte	79	3º trimestre gestacional	63% TMC□	SRQ-20 ≥8	III
			30 dias pós-parto	30,4% SDL 16,5% SDM 3,8% SDS	BDI-I 12-18 SDL 20-35 SDM ≥36 SDS	
Aryal, et al, 2018, Nepal ⁽¹⁷⁾	Transversal	164□	Gestação□	21% (IC 95% 15,7-28,3) SA 24% (IC 95% 17,8-31,0) SD 14,6% (IC 95%: 10,0-21,0) TMC	HSCL 25 ≥17,5 SA ≥24,5 SD	V
		567	Pós-parto (até 12 meses)	19% (IC 95% 15,7-2,1) SA 15% (IC 95% 12,4-18,4) SD 11,5% (IC 95%: 9,1-14,4) TMC		
Bekele, et al, 2017, Etiópia ⁽¹⁸⁾	Transversal	753	3º trimestre gestacional	26,2% (IC 95% 23,04-29,36) TMC	SRQ-20 ≥6	V
Clarke, et al, 2014, Nepal ⁽¹⁹⁾	Transversal	9,078	41 dias pós-parto	9,8% TMC	GHQ-12 ≥6	V
Estrin, et al, 2019, Inglaterra ⁽²⁰⁾	Transversal	488 < 25 anos□	1º trimestre gestacional	45,1% (IC 95% 23,5-68,7) TMC <25 anos	SCID-I- Research Version*	V
		57 ≥25 anos		15,5% (IC 95% 12,0-19,8) TMC ≥25 anos		
Filha, et al, 2016, Brasil ⁽¹⁰⁾	Transversal	23,894	12 meses pós-parto	26,3% SD□	EPDS ≥13	V
Hain, et al, 2016, Alemanha ⁽²¹⁾	Coorte	297	3º trimestre gestacional	10% SD□	BDI-V EPDS**	III
		278	6 semanas pós-parto	10% SD□		
		266	20 semanas pós-parto	6% SD□		
Lucchese, et al, 2017, Brasil ⁽²²⁾	Transversal	229	2º trimestre gestacional	51,7% (IC 95% 51,7-62,6) TMC	SRQ-20 ≥7	V
MacLean, et al, 2015, Brasil ⁽²³⁾	Coorte	831	Entre 20-30 semanas gestacional	36,2% TMC□	SRQ-20 ≥8	III
		219	11 meses pós-parto	NAP		
Reichenheim, et al, 2014, Brasil ⁽²⁴⁾	Transversal	810	5 meses pós-parto	25,4% (IC 95% 22,4-28,4) TMC	SRQ-20 ≥7	V
Tran, 2014, et al, Vietnã ⁽²⁵⁾	Coorte	378	12-20 semanas gestacionais	38,9% TMC□	EPDS-V ≥4	III
			≥ 32 semanas gestacionais	28% TMC□		
			8 semanas pós-parto	10,8% TMC□		
			6 meses pós-parto	12,4% TMC□		
Usuda, et al, 2016, Japão ⁽²⁶⁾	Transversal	177	12-24 semanas Gestacionais	1,1% (IC 95% 0,00-0,04) SD	EPDS ≥9	V
				6,2% (IC 95% 0,03-0,11) TMC	MINI*	
Wikman, et al, 2019, Suécia ⁽²⁷⁾	Coorte	1,491	Entre 17-32 semanas gestação	8,5% SD□	EPDS ≥13 gestação ≥12 pós-parto	III
			6 semanas pós-parto	10,9% SD□		
			6 meses pós-parto	5,4% SD□		
			Todas as trajetórias□	14,6% SDP□		

Nota: SRQ-20 - Self-Reporting Questionnaire; BDI-I - Inventário de Depressão de Beck I; HSCL 25 - Hopkins Symptom Checklist 25; GHQ-12 - 12-item General Health Questionnaire; SCID-I-Research Version - Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders; EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale; BDI-V - Beck Depression Inventory; GHQ-28 - 28-item version of the General Health Questionnaire; MINI - The Mini-International Neuropsychiatric Interview; SA - Sintoma Ansioso; SD - Sintoma Depressivo; SDL - Sintoma Depressivo Leve; SDM - Sintoma Depressivo Moderado; SDS - Sintoma Depressivo Severo; SDP - Sintoma Depressivo Persistente; TMC - Transtorno Mental Comum; NAP - Não apresentou prevalência para o período e a persistência de TMC para os dois períodos; □Total de participantes no estudo: 731⁽¹⁷⁾ e 545⁽²⁰⁾; □Não descreveu o trimestre gestacional; □Investigou a trajetória do sintoma depressivo perinatal, desde a 17-32 semanas de gestação até os 6 meses pós-parto⁽²⁷⁾; □Intervalo de confiança não disponível. *Instrumento diagnóstico, sem apresentação de escore; **Escore não descrito no estudo.

O escore se dá por meio da somatória das respostas de cada uma das questões de determinado instrumento de rastreamento, sendo que os diversos instrumentos têm distintas formas de respostas às questões, podendo ser dicotômicas (sim/não) ou ordinais, com variação de 0 a 3, por exemplo. O somatório final das respostas classifica ou não o entrevistado para o adoecimento investigado⁽¹⁵⁾. A classificação do nível de evidência⁽¹⁴⁾ é um sistema hierarquizado em seis níveis: I - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; II - Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; III - Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; IV - Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; V - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; VI - Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Na quarta, quinta e sexta etapas, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos, aplicando os critérios de elegibilidade, a fim de refinar a amostra com a inclusão daqueles que respondiam ao objetivo desta RIL. Sequencialmente, foi realizada a leitura completa de cada artigo selecionado subsidiando reflexões acerca do fenômeno estudado e a organização dos artigos para a coleta de dados. Por fim, foi realizada a análise, de forma crítica, identificando os assuntos referentes a cada artigo, diferentes metodologias, amostras e coletas de dados.

A busca inicial, realizada por dois revisores independentes, com protocolo padronizado para utilização dos descritores e cruzamento nas bases, encontrou 198 artigos. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, totalizaram 108 artigos, que, após a leitura dos títulos e resumos, 32 foram analisados, sendo 19 excluídos, e, por fim, 13 incluídos na análise qualitativa (Figura 1).

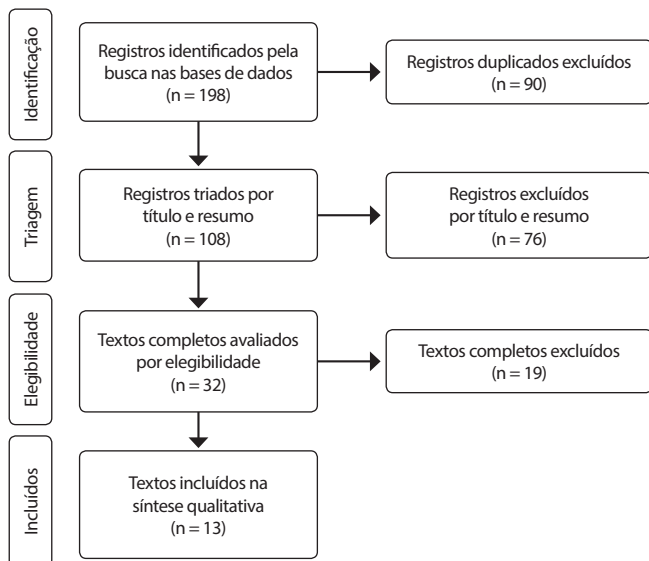


Figura 1 - Fluxograma com representação de elegibilidade e inclusão de artigos na seleção dos estudos

A análise dos estudos foi realizada de forma descritiva, visando responder à pergunta norteadora desta RIL considerando os aspectos éticos e respeitando a autoria de ideias, os conceitos e definições presentes nos artigos selecionados.

RESULTADO

Um total de 13 artigos foram incluídos nesta RIL, sendo 30,8% indexados na base dados CINAHL; 15,4% na Embase; 15,4% na LILACS; 30,8% na PubMed/MEDLINE; e 7,6% na PsycINFO. A maioria dos estudos foi conduzida no Brasil (30,8%)^(10,16,22-23), de desenho transversal (61,5%)^(10,18-20,22,24,26) e, em sua maioria, (23%) realizados nos anos de 2016^(10,21,26) e 2017^(16,18,22). Em relação ao período perinatal, a maioria foi realizado na gestação e no pós-parto^(16-17,21,23,25-27) e os demais somente na gestação^(18,20,22) ou no pós-parto^(10,19,24).

Os instrumentos de rastreamento mais utilizados foram o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) e o *Edinburgh Postnatal Depression* (EPDS). O SRQ-20 foi utilizado para a avaliação do TMC na gestação^(16,18,22-23) e o EPDS para o rastreamento de SD pós-parto^(10,21,26). O ponto de corte do escore SRQ-20 para classificação dos TMC adotado nos estudos variou entre ≥ 6 e ≥ 8 , e, para o EPDS, variou entre ≥ 4 e ≥ 13 .

As maiores prevalências de TMC gestacional foram encontradas em dois estudos realizados no Brasil por Alvarenga et al.⁽¹⁶⁾ (63%) e por Lucchese et al.⁽²²⁾ (51,7%). A menor prevalência foi encontrada no estudo de Usuda et al.⁽²⁶⁾, no Japão (1,1%). A maior ocorrência de TMC pós-gestacional foi também registrada em um estudo brasileiro (25,4%)⁽²⁴⁾, e a menor, no Nepal (9,8%)⁽¹⁹⁾. A maior prevalência de SD pós-natal foi encontrada em estudo brasileiro⁽¹⁶⁾ (30,4%), e a menor, na Suécia⁽²⁷⁾ (5,4%). Nenhum dos estudos inseridos na análise qualitativa apresentou dados de incidência para os desfechos avaliados.

Observaram-se diferenças conceituais sobre o TMC entre a adotada pela OMS⁽⁴⁾ e em dois dos estudos analisados. Estudo realizado na Inglaterra⁽²⁰⁾ considerou o TMC desde um conjunto de SD até transtornos relacionados a traumas estressores, como o estresse pós-traumático. Estudo realizado no Japão⁽²⁶⁾ considerou TMC somente os SD. Dada a diferença conceitual, houve também diferença no instrumento de rastreamento do desfecho. Na Inglaterra, os pesquisadores utilizaram *SCID-I-Research Version*, e, no estudo japonês, utilizou-se a EPDS.

Gravidez não planejada^(18,22), história pregressa de transtorno mental^(18,26) e viver sem companheiro^(20,22) foram frequentemente reportados como fatores de risco associados à ocorrência de TMC na gestação. O mesmo ocorreu com o desfecho problemas obstétricos na gestação atual⁽¹⁸⁾, idade gestacional ≥ 23 semanas⁽²²⁾, ter sofrido abuso na vida (violência perpetrada por parceiro íntimo, violência sexual, abuso físico ou sexual na infância)⁽²⁰⁾, experiência pregressa interpessoal traumática e pressão para ter um filho⁽²⁶⁾.

Baixo nível socioeconômico^(19,24), estressores na gestação (doenças, perdas por morte), violência perpetrada por parceiro íntimo (física e verbal)⁽²⁴⁾, desigualdade de gênero ou baixa saúde reprodutiva e insegurança alimentar⁽¹⁹⁾ tiveram associação ao TMC pós-parto, reportados frequentemente. Os preditores mais associados ao SD pós-parto foram gravidez não planejada^(10,17), uso de álcool⁽¹⁰⁾ e tabaco⁽¹⁷⁾. Ainda, foram associados ao SD o baixo nível socioeconômico⁽¹⁰⁾, a agricultura e a agropecuária como fontes de renda⁽¹⁷⁾, história pregressa de transtorno mental e multiparidade⁽¹⁰⁾.

Entre os estudos realizados nos dois períodos, gestação e pós-parto, o uso do tabaco foi associado ao TMC⁽²³⁾ e ao SD⁽²⁷⁾ persistente. O distúrbio do sono foi associado ao TMC persistente, e a violência perpetrada por parceiro íntimo, trauma de infância,

ser mãe solteira e baixo suporte do parceiro com a criança, ao SD persistente⁽²⁷⁾.

Com relação à associação entre a ocorrência de TMC na gestação com o SD no pós-parto, um estudo conduzido no Brasil encontrou uma relação direta entre os eventos. Cada incremento em uma unidade no score do SRQ-20 foi associado, com um aumento de 0,72 no score do BDI-I, ajustado para covariáveis. O modelo investigado foi responsável por explicar cerca de 13% ($p = .004$) da variação do BDI-I⁽¹⁶⁾.

Os estudos foram realizados, em sua maioria, em hospitais^(10,16,18,20-21,26-27) de base comunitária^(17,19,25), e uma menor parte foi realizada na APS⁽²³⁻²⁴⁾ e em serviço especializado de atenção à saúde da mulher⁽²²⁾.

As equipes de coleta de dados foram bastante diversificada, desde estudantes de graduação de psicologia⁽¹⁶⁾ e de enfermagem⁽²²⁾ a profissionais especializados, como enfermeiras psiquiátricas experientes⁽¹⁸⁾, psiquiatras e psicólogos⁽²⁶⁾. Também foram coletados por profissionais da saúde, sem especificação da categoria profissional, do sexo feminino⁽²⁴⁾, profissionais da saúde e pesquisadores assistentes, não especializados no campo da saúde mental^(17,23).

DISCUSSÃO

Observou-se um universo bastante distinto de metodologias, instrumentos, pontos de cortes de escores utilizados. Embora um mesmo instrumento tenha sido adotado em regiões diferentes de um mesmo país, foi aplicado em momentos perinatais distintos e com escores variados. É o caso do SRQ-20, muito utilizado no Brasil, e do EPDS, que é a escala de rastreamento de depressão pós-parto mais utilizada em todo o mundo⁽²⁸⁻²⁹⁾.

A menor prevalência foi evidenciada com o uso do SRQ-20 (25,4%) para o rastreamento do TMC pós-parto, utilizando como ponto de corte um escore ≥ 7 ⁽²⁴⁾, e a maior prevalência foi de 63%, com escore ≥ 8 , TMC gestacional⁽¹⁶⁾. Já com o EPDS, as diferenças entre a menor e a maior prevalência e escores adotados foram mais significativas (1,1%), com escore ≥ 9 , SD na gestação⁽²⁶⁾, e 26,3%, com um escore ≥ 13 , SD pós-parto⁽¹⁰⁾, respectivamente.

As diferentes conceituações de TMC entre os estudos inseridos nesta revisão^(20,26) em relação a definida pela OMS⁽³⁻⁴⁾ corrobora a complexidade da compilação de resultados e compreensão do fenômeno estudado. Todas essas diferenças existem em decorrência da diversidade de cenários culturais e sociais em que os estudos são realizados, o que acontece, muitas vezes, dentro de um mesmo país, como é o caso do Brasil, que tem dimensões continentais. Essa variação de escore para rastreamento, por exemplo, interfere diretamente nos resultados encontrados em cada estudo^(20,26).

O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento de rápida e fácil aplicação, bem compreendido pelos pacientes de todos os níveis de instrução, de acesso livre, baixo custo, sem a exigência de entrevistador clínico ou especialista, originalmente desenvolvido para APS⁽³⁰⁻³¹⁾. Demonstra-se útil tanto para a clínica quanto para a pesquisa, em estudos de base populacional na APS que objetivem a identificação de casos psiquiátricos não psicóticos⁽³⁾. O EPDS também é de fácil aplicação e muito bem estabelecido na literatura, com indicação de uso na clínica e na pesquisa por entrevistadores não especialistas^(28,32).

A utilização desses instrumentos configura-se uma valiosa estratégia para estimar a magnitude das ocorrências de interesse, bem como o rastreamento em momento oportuno nos serviços de saúde. Tanto o SRQ-20 quanto o EPDS podem ser utilizados no período perinatal, de modo independente ou combinados, o que os tornam ferramentas necessárias para o cenário Brasileiro e de outros países em desenvolvimento.

Os estudos alertam para as altas prevalências dos desfechos investigados e para a frequente associação entre os fatores e os desfechos. Nos estudos em países de alta renda incluídos nesta RIL, a prevalência variou de 1,1% a 10% no Japão⁽²⁶⁾ e Alemanha⁽²¹⁾, respectivamente. Tanto no estudo japonês quanto no alemão, o rastreamento foi realizado em um hospital particular, com participantes com alto nível de escolaridade. Nos países de baixa e média renda, a prevalência foi de 26,2% no Nepal⁽¹⁹⁾ e de 63% no Brasil⁽¹⁶⁾. As participantes nepalesas viviam em comunidade rural, e as brasileiras foram atendidas em um hospital público. Nossos resultados confirmam a importância dos preditores já estabelecidos (a história de abuso na infância, mulheres violentadas por parceiro íntimo, baixa escolaridade materna, baixo nível socioeconômico, baixo suporte social e história pregressa de transtorno mental), por caracterizarem-se como fatores de risco^(9,33-34) e sinalizarem a importância de novos preditores ou aqueles ainda pouco estudados (insegurança alimentar, distúrbio do sono, desigualdade de gênero ou baixa saúde reprodutiva, pressão para ter um filho)^(23,26-27).

A relação direta entre a ocorrência de TMC na gestação e o SD no pós-parto, encontrada em estudo conduzido no Brasil⁽¹⁶⁾, mostra a conexão entre os eventos e a existência de uma possível relação causal. Porém, novas investigações são necessárias considerando o nível de exposição da população aos eventos.

Observou-se que os estudos foram realizados em diversos cenários, serviços e nível de atenção à saúde. Apesar dessa heterogeneidade, a realização de pesquisas em hospitais, clínicas e serviços especializados são válidas para a melhor compreensão do sofrimento psíquico ao longo do ciclo perinatal. Os estudos de base populacional realizados na APS são importantes fontes de informação, sobretudo para a elaboração de estratégias preventivas. Somado a isso, os estudos realizados em outros locais ajudam na construção de estratégias de cuidado, e o rastreamento de tais quadros devem ser estimulados nos mais diversos níveis de atenção à saúde.

A coleta de dados foi realizada por diversos atores, desde estudantes de graduação até especialistas. Observou-se o cuidado dos autores em relação ao gênero dos entrevistados, mulheres, para a abordagem da violência vivenciada pelas participantes⁽²⁴⁾. Essa diversidade demonstra a importância de o rastreamento ser realizado por profissionais não especialistas, para ampliar o alcance de mulheres atendidas nos serviços APS.

Apesar da importância da detecção precoce TM perinatal na APS, o atendimento pré-natal ainda é voltado para as alterações fisiológicas da gestação, o que demonstra, no Brasil, uma lacuna nos protocolos assistenciais elaborados pelo Ministério da Saúde para a assistência neste âmbito da vida materna⁽⁶⁾. Além disso, os profissionais desconhecem os métodos de rastreio e de intervenções, devido à carência formativa no campo da saúde mental perinatal, dada a falta de priorização desta dimensão nos cursos de graduação⁽³⁵⁾.

Portanto, é recomendada a utilização de intervenções promotoras de bem-estar materno na assistência pré-natal como: identificação precoce dos fatores de risco, estabelecimento da relação de confiança entre o profissional e usuária, preparação para o desempenho do papel materno, identificação da rede de suporte social, incentivo do envolvimento do parceiro no ciclo gravídico-puerperal e a realização de visitas domiciliares, especialmente no pós-parto⁽³⁶⁾. Existem também intervenções mais específicas, como a psicoterapia e a psicossocial multiprofissional. A primeira é voltada para mulheres sem risco TM gestacional, visando à diminuição do risco de ocorrência no pós-parto, e a segunda é voltada para mulheres com resultado positivo para o rastreio de TM, em algum momento perinatal, visando à estabilização do quadro⁽³⁷⁻³⁸⁾. Todavia, precisam ser amplamente estudados e adaptados para o contexto nacional.

A identificação precoce do TM perinatal desde a primeira consulta pré-natal é necessária e viável. Isso significa abordar todas as gestantes e voltar a atenção para aquelas que apresentam múltiplos fatores de risco. As mulheres não admitem prontamente estarem doentes, em decorrência dos estigmas relacionados aos problemas mentais e a sensação de estarem falhando como mães⁽³⁸⁻³⁹⁾. É recomendado, ao Brasil, assim como para países de baixa e média renda, ampliação dos cuidados de saúde mental por meio da APS, realizados por profissionais de saúde não especializados em saúde mental⁽⁴⁰⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, pontua-se que compuseram essa RIL apenas estudos disponíveis eletronicamente, em determinadas bases de dados, nos idiomas inglês, português e espanhol, e estudos observacionais dos tipos coorte e transversal, em sua maioria com nível de evidência V, escolhas que podem ocasionar a omissão de estudos que contemplem outros critérios de inclusão relacionados aos descritores utilizados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo pode contribuir para a divulgação para os profissionais de saúde não especialistas sobre a importância das ações de detecção dos problemas mentais perinatal, com destaque à apresentação de instrumentos de rastreamento de TMC e SD

perinatal validados para a realidade e de livre acesso. Pontua-se a necessidade de rastreamento de TMC e SD, desde a primeira consulta pré-natal, por meio da criação e implementação de protocolo assistencial para essa finalidade, com vistas à prevenção de agravos à saúde mental materna-infantil.

CONCLUSÃO

Constata-se um universo populacional, metodológico, linguístico e cultural muito heterogêneo e a dificuldade de compilação dos resultados em torno de uma estimativa única da magnitude dos problemas pesquisados e os desfechos avaliados. Soma-se a isso, na realidade nacional, a falta de protocolos assistências para essas morbidades na APS e a carência na formação profissional no campo da saúde mental perinatal.

Apesar da dificuldade de homogeneização dos resultados, foram encontradas elevadas frequências para TM perinatal, com destaque às altas frequências da presença destes nos estudos realizados em populações no Brasil, a demonstrar que suas ocorrências são comuns e requerem a devida atenção já no cuidado pré-natal.

Dada a complexidade e a magnitude observada sobre o problema na realidade, a saúde mental perinatal demanda especial atenção de pesquisadores e profissionais da saúde, fazendo-se necessárias pesquisas para determinar caminhos para o treinamento profissional e o estabelecimento de protocolos assistenciais em relação à realidade nacional.

FOMENTO

Este estudo recebeu apoio financeiro de duas agências públicas brasileiras. 1) Ministério da Saúde - Fomento do Programa Pesquisa para o SUS - FAPAC/SESACRE/PPSUS MS/CNPq. Edital PPSUS 001/2015 e 2) Ministério da Educação - Bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES). Processos 1579109/2016 e 1764752/2018.

AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer à Marília Ignácio de Espíndola, pela troca de saberes no processo de construção e redação desta revisão e à Juliana Akie Takahashi, pelo atendimento para o refinamento das estratégias de busca.

REFERÊNCIAS

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Nascimento MIC, et al, tradutores. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948p.
2. Serati M, Carnevali G. Perinatal depression. In: Altamura AC, Brambilla P, editors. Clinical cases in psychiatry: integrating translational neuroscience approaches. Springer International Publishing AC, part of Spring Natura. 2019;155-76. doi: 10.1007/978-3-319-91557-9
3. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saude Publica. 2008;24(2):380-90. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017
4. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneve: WHO; 2017. 24p.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. diretrizes clínicas e diretrizes diagnósticas. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 1993. 352p.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. [cited 2019 Jun 10]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
7. World Health Organization (WHO). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland 30 January - 1 February, 2008 [Internet]. 2008[cited 2019 Jul 20]; Geneve: WHO. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
8. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Ob Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;33(4):410-420. doi: 10.1177/0884217504266915
9. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(4):369-79. doi: 10.1590/S1519-38292011000400003
10. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MDC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194:159-67. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020
11. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):591-603. doi: 10.1097/GRF.0000000000000368
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: 10.1590/s0104-07072008000400018
13. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmund S, Bjerrum M, et al. Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIR Reviewer's Manual* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 22];23–71. Available from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the Case for Evidence-Based Practice and Cultivating a Spirit of Inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. pp. 3-23.
15. Wang Y-P. Entrevistas diagnósticas e instrumentos de triagem. In: Gorenstein C, Wang Y-P, Hugenrbühler I, editors. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed; 2016. pp. 59–86.
16. Alvarenga P, Frizzo GB. Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2017;27(66):51–59. doi: 10.1590/1982-43272766201707
17. Aryal KK, Alvik A, Thapa N, Mehata S, Roka T, Thapa P, et al. Anxiety and depression among pregnant women and mothers of children under one year in Sindupalchowk District, Nepal. *J Nepal Health Res Coun*. 2018;16(2):195-204.
18. Bekele D, Worku A, Wondimagegn D. Prevalence and associated factors of mental distress during pregnancy among antenatal care attendees at Saint Paul's Hospital, Addis Ababa. *Ob Gynecol Int J*. 2017;7(6):1-7. doi: 10.15406/ogij.2017.07.00269
19. Clarke K, Saville N, Shrestha B, Costello A, King M, Manandhar D, et al. Predictors of psychological distress among postnatal mothers in rural Nepal: a cross-sectional community-based study. *J Affect Disord*. 2014;156(100):76-86. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.018.
20. Estrin GL, Ryan EG, Trevillion K, Demilew J, Bick D, Pickles A, Howard LM. Young pregnant women and risk for mental disorders: findings from an early pregnancy cohort. *BJ Psych Open*. 2019;5(2):e21,1-7. doi: 10.1192/bjo.2019.6
21. Hain S, Oddo-Sommerfeld S, Bahlmann F, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Risk and protective factors for antepartum and postpartum depression: a prospective study. *J Psychosom Ob Gynecol*. 2016;37(4):119-29. doi: 10.1080/0167482X.2016.1197904
22. Lucchese R, Simões ND, Monteiro LHB, Vera I, Fernandes IL, Castro PA, et al. Factors associated with the probability of common mental disorders in pregnant women: a cross-sectional study. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):e20160094. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2016-0094
23. Maclean JV, Faisal-Cury A, Chan Y, Menezes PR, Winters A, Joseph R, et al. The relationship between sleep disturbance in pregnancy and persistent common mental disorder in the perinatal period (sleep disturbance and persistent CMD). *J Ment Health*. 2015;24(6):375-378. doi: 10.3109/09638237.2015.1036969
24. Reichenheim ME, Moraes CL, Lopes CS, Lobato G. The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modeling analysis. *BMC Public Health*. 2014;14:427. doi:10.1186/1471-2458-14-427
25. Tran TD, Biggs BA, Tran T, Simpson JA, Mello MC, Hanieh S, et al. Perinatal common mental disorders among women and the social and emotional development of their infants in rural Vietnam. *J Affect Disord*. 2014;160:104-112. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.034
26. Usuda K, Nishi D, Makino M, Tachimori H, Matsuoka Y, Sano Y, et al. Erratum to: prevalence and related factors of common mental disorders during pregnancy in Japan: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*. 2016;10(1):26. doi: 10.1186/s13030-016-0077-1
27. Wikman A, Axfors C, Iliadis S, Cox J, Fransson E, Skalkidou A. Characteristics of women with different perinatal depression trajectories. *J Neurosci Res*. 2019;00:1-15. doi:10.1002/jnr.24390
28. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2577-88. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100005
29. Cox J. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(6):789-790. doi: 10.1007/s00737-017-0789-7

30. World Health Organization (WHO). Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Meeting held in Geneva from 22 to 28 October, 1974 [Internet]. 1975[cited 2019 Jul 20]. Geneva: WHO. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38212>
 31. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-241. doi: 10.1017/S0033291700043993
 32. Cox J, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1989;150(6):772-86. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
 33. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139-49. doi: 10.2471/BLT.11.091850
 34. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatr*. 2016;3(10):973-82. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X
 35. Meira BM, Pereira APS, Silveira MFA, Gualda DMR, Santos Jr HPO. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):706-12. doi: 10.1590/0104-0707201500049-14
 36. Guerra M, Braga M, Quelhas I, Silva R. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 10];(no.spe1):117-24. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>
 37. Cauli G, Iapichino E, Rucci P, Quartieri Bollani M, Marconi AM, Bassi M, et al. Promoting the well-being of mothers with multidisciplinary psychosocial interventions in the perinatal period. *J Affect Disord*. 2019;246:148-56. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.028
 38. Lara-Cinisomo S, Clark CT, Wood J. Increasing diagnosis and treatment of perinatal depression in Latinas and African American women: addressing stigma is not enough. *Womens Health Issues*. 2018;28(3):201-4. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.040
 39. Buist A. Perinatal mental health: Identifying problems and managing medications. *Aust Fam Physician*. 2014 [cited 2019 Sep 20];43(4):182-5. Available from: <https://www.racgp.org.au/afp/2014/april/perinatal-mental-health/>
 40. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0. Geneva: WHO. 2016 [cited 2019 Aug 15]. Available from: https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
-