



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

LAVÍNIA BATISTA SOARES DE SOUSA

A DEPRESSÃO PÓS-PARTO COMO UM FATOR DESENCADEANTE
DO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

FORTALEZA, CEARÁ

2023



LAVÍNIA BATISTA SOARES DE SOUSA

**A DEPRESSÃO PÓS-PARTO COMO UM FATOR DESENCADEANTE
DO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil

Orientador: João Joaquim Freitas do Amaral

FORTALEZA, CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S697d Sousa, Lavínia Batista Soares de.

A depressão pós-parto como um fator desencadeante do atraso no desenvolvimento infantil : uma revisão integrativa / Lavínia Batista Soares de Sousa. – 2023.
80 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.

1. Depressão pós parto. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Revisão Integrativa. I. Título.

CDD 610

**A DEPRESSÃO PÓS-PARTO COMO UM FATOR DESENCADEANTE
DO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Fabiane Elpídio de Sá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Vicente Menescal
Universidade Federal do Ceará (UFC)

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa primeiramente a Deus, por me acompanhar, me iluminar e me conceder forças em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Edilson e Aparecida, que me ensinaram a lutar pelos meus ideais e nunca desistir. Foram eles que me prepararam para buscar o sucesso, mas também foram eles que me prepararam para as derrotas, conscientes de que na vida não há caminhos sem acidentes. Obrigada por todo apoio e compreensão, obrigado por investir nos meus sonhos, obrigada por nunca me deixarem desistir. Obrigada por serem meus pais e me amarem imensamente.

Ao meu irmão Nilo, sou grata pelo carinho, admiração, por nossas histórias de vida e de (con)vivência e por testemunhar minhas conquistas com entusiasmo.

Dedico também a Lincoln, por me acompanhar nos bons e maus momentos, nas proximidades e nas distâncias, compreendendo gentilmente minha ausência durante essa jornada e mesmo assim me incentivando e mostrando que eu poderia ser capaz, sempre, de muito mais.

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento e realização desta dissertação, como os meus amigos e familiares que me incentivaram e orientaram a seguir em frente.

No final das contas, a vida se resume em dias de
coragem e em dias de muita coragem.

Flávio Rabello.

AGRADECIMENTOS

A João Joaquim de Amaral, pelo seu profissionalismo, pelo tempo e pelas valiosas colaborações e sugestões durante esse processo.

A João Vicente Menescal, que a cada palavra me despertou o desejo de obter mais conhecimento.

A José Santiago pela paciência e orientação nos processos académicos e pela acolhida calorosa, desde o início, sendo sempre tão solícito, gentil e prestativo em todas as dúvidas.

Aos meus amigos do mestrado, pela companhia, auxílio durante os estudos e momentos de descontração que tornavam os dias difíceis mais alegres, em especial a Odete, Helanno, Luísa e Jéssica, que estiveram mais próximos nessa caminhada.

Ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, que me proporcionou perceber e alcançar novos horizontes.

RESUMO

A depressão pós parto (DPP), caracterizada como um transtorno mental e comportamental associado a puérpera, hoje pode ser vista como um problema de saúde pública dada aos números alarmantes no mundo inteiro. Atualmente, diversas pesquisas são realizadas com o intuito de compreender se há uma associação entre a DPP e o atraso no desenvolvimento infantil, entretanto estas não utilizam questionários padronizados ou analisam os mesmos fatores de maturação, além de usarem amostras pequenas e terem períodos de acompanhamento relativamente curtos. Deste modo, este estudo teve o objetivo de realizar uma revisão integrativa buscando sistematizar todas as pesquisas de coorte e caso controle que versaram sobre o impacto da depressão pós parto no desenvolvimento infantil, publicadas entre janeiro de 2017 a janeiro de 2022. A pesquisa utilizou estudos disponíveis em cinco base de dados, sendo elas a PubMed, Scielo, Cochrane e LILACS, e uma específica do âmbito da psicologia (APA – Psycinfo). De acordo com os descritores utilizados, foram selecionadas previamente 222 (duzentos e vinte e dois) estudos, e após a leitura dos mesmos, utilizando os fatores de exclusão, restaram 19 (dezenove). Os resultados adversos do desenvolvimento presentes na pesquisa giraram em torno de domínios específicos, sendo eles linguagem, comportamentais, emocionais, fisiológicos, sociais e psicomotores. Foi possível compreender que o impacto da depressão pós parto em crianças não percorre caminhos lineares, não apresentando sempre os mesmos resultados, porém há uma influência significativa em quase todos os domínios do desenvolvimento infantil, com exceção do motor. Através da realização desta revisão integrativa e assim sistematização da pesquisa, será possível pensar também em fatores e ações protetivas para as várias fases do desenvolvimento afetadas pela DPP.

Palavras chaves: Depressão pós parto; Desenvolvimento Infantil; Revisão Integrativa.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD), characterized as a mental and behavioral disorder associated with puerperal women, can now be seen as a public health problem given the alarming numbers worldwide. Currently, several studies are carried out with the aim of understanding whether there is an association between PPD and delay in child development, however these do not use standardized questionnaires or analyze the same maturation factors, in addition to using small samples and having relatively short follow-up periods. short. Thus, this study aimed to carry out an integrative review, seeking to systematize all cohort and case-control studies that dealt with the impact of postpartum depression on child development, published between January 2017 and January 2022. The research used studies available in five databases, namely PubMed, Scielo, Cochrane and LILACS, and a specific one in the field of psychology (APA – Psycinfo). According to the descriptors used, 222 (two hundred and twenty-two) studies were previously selected, and after reading them, using the exclusion factors, 19 (nineteen) remained. The adverse developmental outcomes present in the research revolved around specific domains, namely language, behavioral, emotional, physiological, social and psychomotor. It was possible to understand that the impact of postpartum depression in children does not follow linear paths, not always presenting the same results, but there is a significant influence in almost all domains of child development, with the exception of motor development. By carrying out this integrative review and thus systematizing the research, it will also be possible to think about factors and protective actions for the various stages of development affected by PPD.

Keywords: Postpartum depression; Child development; Integrative Review.

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Maturação).....	21
Figura 2 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Manutenção)	21
Figura 3 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Facilitação)	22
Figura 4 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Sintonia).....	23
Figura 5 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Indução).....	23
Figura 6 - Etapas da Revisão Integrativa.....	34
Figura 7 - Fluxograma de artigos incluídos na revisão integrativa.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estratégia PICOD aplicada.....	35
Tabela 2 - Base de dados, descritores e quantidade de artigos selecionados	36
Tabela 3 - Programa de Habilidades de Avaliação Crítica (Seção A) ...	38
Tabela 4 - Programa de Habilidades de Avaliação Crítica - Pontuação Geral	39
Tabela 5 - Apresentação dos resultados	40
Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP	Depressão Pós Parto
DSM	Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
CID	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
CASP	Programa de Habilidades de Avaliação Crítica
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
DAWBA	Avaliação de Desenvolvimento e Bem-Estar
TOD	Transtorno Desafiador Opositor
GEE	Generalized Estimating Equation
BRIEF	Avaliação Comportamental da Função Executiva
SDQ	Escala Total de Dificuldades
NLSCY	Pesquisa Longitudinal Nacional Canadense de Crianças e Jovens
CBCL	Lista de Verificação do Comportamento Infantil
KBIT	Teste de Inteligência Breve de Kaufman
WRAVMA	Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities
WRAML	Memória Visual da Avaliação de Ampla Variação de Memória e Aprendizagem
DAQ	Dental Anxiety Question
BDI	Escala de Depressão de Beck
BSID	Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil
HAM-D	Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão
MSEL	Escala de Aprendizagem Precoce de Mullen
CES-D	Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies
PPVT	Peabody Picture Vocabulary Test
BSID	Escala socioemocional Bayley
CES-D	Escala de Depressão de Estudos
SDQ	Questionário de Forças e Dificuldades

SCL	Hopkins Symptom Checklist
ASQ	Ages and Stages Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corporal
PHQ-D	Patient Health Questionnaire
IOTF	Padrões de Crescimento da Força-tarefa Internacional de Obesidade
IRA	Infecção respiratória aguda
MUAC	Medição da circunferência do braço médio-superior
PCI	Inventário de Enfrentamento Perinatal

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
1.1.	MARCO TEÓRICO	15
1.1.1.	O contexto atual	15
1.1.2.	Depressão pós-parto.....	18
1.1.3.	Desenvolvimento infantil	20
1.2.	JUSTIFICATIVA.....	31
1.3.	OBJETIVOS.....	32
1.3.1.	Geral	32
1.3.2.	Específicos.....	33
1.4.	QUESTÃO NORTEADORA	33
2.	METODOLOGIA	33
2.1.	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	34
2.2.	ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	35
2.3.	SELEÇÃO DOS ESTUDOS	36
3.	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS	37
4.	RESULTADOS.....	40
4.1.	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	49
4.2.	ASPECTOS COGNITIVOS	52
4.3.	ASPECTOS LINGUÍSTICOS	54
4.4.	ASPECTOS EMOCIONAIS.....	56
4.5.	ASPECTOS SOCIAIS	58
4.6.	ASPECTOS FÍSICOS	60
4.7.	RESULTADOS ADVERSOS NA SAÚDE.....	63
5.	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	64
6.	LIMITAÇÕES	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	ANEXO A.....	80

1. INTRODUÇÃO

O período do parto e do pós parto marcam momentos de grandes mudanças na vida da mulher, tanto físicas quanto psicológicas. A saúde mental, em algumas situações banalizada, apresenta um grande impacto na vida durante e após a gestação, estas que podem trazer dificuldades persistentes, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Transtornos como depressão e ansiedade são classificados hoje como os mais comuns em uma gestação, onde 12% das mulheres grávidas já teriam passado por períodos depressivos relacionados a gravidez e 13% por períodos marcados pela ansiedade (NICE, 2014; WENZEL, *et. al*, 2014). Os números apresentados são mais alarmantes quando pensamos em períodos relacionados ao pós parto, já que estima-se que a depressão afete de 50% a 80% das mulheres, fazendo assim que identifiquemos que os problemas interligados com a saúde mental perinatal devem ser observadas como problemas de saúde pública (AMORIM, 2010; BORDIGNON, 2011).

Questões como partos pré-maturos, resultados de saúde adversos na infância, problemas comportamentais e cognitivos podem estar associados a saúde mental nas gestantes. Tais problemas podem trazer custos a longo prazo para a sociedade, como mortalidade infantil, necessidade de assistência social e de saúde para tratamento de problemas psicológicos e necessidades educacionais específicas (WATERS, *et. al.*, 2014).

Esta pesquisa abordou de forma específica a depressão pós-parto que levaria a uma menor implicação da mãe no cuidar da criança associando-se a resultados adversos comportamentais, cognitivos, emocionais, sociais, físicos, de linguagem e de saúde. Mesmo havendo evidências que sintomas relacionados a depressão sejam comuns no período pré-natal, tem se dada pouca atenção a quais impactos diretos tais sintomas podem ocasionar na criança, após o seu nascimento (HERON, J., *et. al.*, 2004).

A presença de pesquisas sobre o tema é evidente, entretanto há necessidade de que os dados existentes sejam sistematizados e incorporados a resultados amplos. Dessa forma, este estudo vem com o intuito de diminuir o desafio daqueles que recorrem a pesquisas na área para orientarem suas

práticas, através da revisão sistemática sobre de estudos que tem a proposta de identificar se há impacto da depressão pós parto no desenvolvimento infantil, permitindo que a sociedade, pesquisadores e a comunidade acadêmica possam tirar conclusões através dos resultados obtidos.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. O contexto atual

Refletir sobre o desenvolvimento infantil é refletir também sobre o contexto maturacional e social em que a criança nasceu e encontra-se inserida. Questões motoras, cognitivas, socioemocionais e linguísticas fazem parte da interação do indivíduo, mas a depender do meio social e cultural em que a criança se encontra, as dimensões do desenvolvimento podem ser afetadas, influenciando diretamente sobre a criança como uma toda.

O meio em que a criança vive é reflexo também da constituição e do desenvolvimento de seus cuidadores, já que é através de suas vivências que a família se espelhará e irá agir de maneira reflexa (de modo positivo ou negativo) na criação de seus pequenos. É importante nos atentarmos a este fato, já que famílias que foram expostas a altos níveis de vulnerabilidade e não foram acometidas, posteriormente, por algum fenômeno externo positivo que possibilite a mudança de comportamento, poderão promover um cuidado que refletirá a mesma vulnerabilidade, gerando deste modo um ciclo de contextos dotados de vulnerabilidade.

Compreende-se que a relação entre mãe e filho (ou cuidador principal) apresenta-se como uma das mais importantes, principalmente na primeira infância, visto que a genitora é uma das responsáveis por suprir as necessidades orgânicas e até mesmo físicas da criança. O que muitas vezes acaba não sendo exposto com a devida importância é que essa relação de mútua influência se inicia na gestação compreendendo as mudanças corporais e hormonais da mãe, além das sociais de acordo com o contexto em que ela está inserida, já que a mulher passa a ocupar um outro papel, o de futura mãe.

Uma das mudanças decorrentes da gestação e do futuro parto é a hormonal, essa modificação pode levar a mulher a apresentar comportamentos

diferentes do que tinha anterior a nova situação ou, aumente de forma significativa, comportamentos e sentimentos que já tinha antes, como os depressivos, sentimento de culpa e mudanças de humor.

Sabe-se que alterações do comportamento são comuns, desde que não prejudiquem significativamente a vida da gestante e tragam sofrimento, mesmo que inconsciente. Porém, quando há a apresentação de ações e sentimentos disruptivos superiores ao tempo de 02 (duas) semanas, com prejuízos significativos no funcionamento natural genitora, principalmente sentimentos estes estando-se ligados a gestação, poderão levar-nos a pensar sobre o desenvolvimento de uma depressão pós parto (APA, 2013).

A depressão pós parto (DPP), caracterizada como um transtorno mental e comportamental associado a puérpera, hoje pode ser vista como um problema de saúde pública, já que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), o transtorno, em países em desenvolvimento como o Brasil, apresenta uma prevalência de 19,8%, enquanto em países desenvolvidos esse número pode chegar até a 20%. Entretanto, as taxas apresentadas podem variar entre as pesquisas, tanto sendo estas relacionadas a prevalência da depressão pós parto ou de suas causas e feitos, visto que ainda não se têm parâmetros metodológicos específicos que auxiliem um diagnóstico igualitário para os estudos.

Podendo ter início antes do parto (designados assim como um episódio do periparto) ou apresentar seus sinais até quatro semanas após o parto, a DPP apresenta números alarmantes, e se somado as possíveis consequências na saúde para mulher, bem como para o desenvolvimento do bebê, os dados podem representar desfechos preocupantes (OMS, 2017). Através desta preocupação, pesquisas (STEIN, A. *et al.*, 2014; SANGER, C. *et al.*, 2015; MURRAY, L. *et al.*, 2010; MURRAY, L. *et al.*, 2011) surgiram como um modo de identificar se há uma relação entre o fenômeno citado e o desenvolvimento infantil, já que durante a primeira infância a criança apresenta-se dependente do cuidador, que constitui um ambiente inicial e necessário para a sua socialização (MURRAY; COOPER, 1997).

Sabe-se que a relação entre o principal cuidador e o bebê é essencial para o desenvolvimento deste último, tanto físico e cognitivo, como

socioemocional. O desenvolvimento e a inserção na sociedade dependem diretamente da relação da criança com sua rede de convivência. Ao se disponibilizar afeto e cuidados para o bebê, dar-se também a possibilidade de um crescimento cheio de estímulos que, a depender do contexto social e econômico, pode ser um fator influenciador no desenvolvimento (RIGHETTE-VELTEMA *et al.*, 2002).

Atualmente, algumas pesquisas (NASREEN, H. E., *et. al*, 2013; ERTEL, K. A., *et. al.*, 2012; BAKARE, M. O. *et. al*, 2016; DARCY, J. M. *et. al*, 2016; WEOBONG, B., *et. al*, 2015; EVANS, J. *et. al*, 2012) foram realizadas em diversos países para evidenciar a relação entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil, como uma forma de compreender quais os fatores do desenvolvimento poderiam ser prejudicados diretamente quando a criança era exposta a sintomas presentes na DPP.

A diversidade no que se diz respeito a localização da realização dos estudos e dos níveis sociais em que os entrevistados se encontram, fazem com que os resultados não apresentem uma padronização. Ainda não se sabe, também, quais os fatores do crescimento e da maturação são mais afetados em decorrência da presença de depressão pós parto na mãe, o que têm levado a construção de pesquisas, como as apresentadas anteriormente, sobre a relação de causa e efeito entre os dois fenômenos.

Mesmo com um grande número de estudos (SLOMIAN J *et. al*, 2019; BLUETT-DUNCAN, M. *et. al*, 2021; REES, S. *et. al*, 2019) sobre o tema, os instrumentos utilizados para a coleta dos dados nem sempre são padronizados, bem como os fatores avaliados (desenvolvimento da linguagem, comportamento, humor), além disso, na maioria das vezes as amostras utilizadas são pequenas e têm períodos de acompanhamentos com prazos curtos o que dificulta no processo de comparação dos estudos.

Deste modo, fica claro que é importante observarmos o funcionamento infantil possivelmente comprometido e futuramente auxiliar a direcionar os recursos de intervenção, para que crianças expostas a depressão pós parto não sejam potencialmente comprometidas. Visto a necessidade do debate sobre o tema e a diversificação das informações apresentadas nas pesquisas já realizadas, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão integrativa sobre a

influência da depressão pós parto no desenvolvimento infantil, seja físico, cognitivo, socioemocional. Somente com a integração dos resultados obtidos, há a possibilidade de compreender os dados apresentados até o momento sobre o fenômeno em questão.

1.1.2. Depressão pós-parto

A depressão, definida como um longo período de humor deprimido e persistente, acompanhado de um baixo interesse e prazer nas atividades do dia a dia, é vista atualmente como o mal do século, já que mais de trezentas milhões de pessoas são acometidas por ela (OMS, 2020). A depender de suas características, formas de apresentação e início, a depressão apresenta-se em vários tipos, nesta pesquisa focaremos na Depressão Pós Parto (DPP).

Pesquisas desenvolvidas recentemente no Brasil mostram uma taxa de DPP que vai de 9% a 26% (MORAIS, et al. 2015), podendo chegar até a 39,4% em gestantes (LOBATO, 2011), demonstrando assim a relevância do assunto.

Uma pesquisa realizada pela Fiocruz, coordenada por Maria do Carmo Leal, pesquisa esta denominada *Nascer no Brasil* apresenta que a cada quatro mulheres, uma apresenta depressão pós parto no Brasil (26,3%). A pesquisa corrobora com os dados apresentados anteriormente e ainda traz que a maior prevalência de DPP foi observada por longos períodos (mais de um ano), em mulheres não brancas, de baixo nível econômico (FILHA, et. al., 2021).

Em nível internacional os dados vão de 20%, podendo chegar até 62,8% (SCHETTER, TANNER, 2012; URDANETA et al., 2010; SILVA, 2013). A variedade de dados apresentados nas pesquisas demonstra a falta de padronização na sistematização de pesquisas para o assunto em questão.

Vista atualmente como uma situação desencadeada por meio de muitos fatores, torna-se difícil a identificação de etiologias, porém há evidência de que existam fortes fatores de riscos, como por exemplo sintomas depressivos da mãe, transtornos ligados a afetividades, problemas no parto ou dificuldades de engravidar. Mães jovens, ausência de apoio social, bebês com algum tipo de anomalias e problemas conjugais também podem ser correlacionados a depressão (MORAIS et al., 2015).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatric Association (APA, 2014) traz a depressão pós parto como similar ao transtorno depressivo maior, sendo que aquele deveria ter seu início durante a gestação ou até as primeiras quatro semanas após o parto. Sintomas como humor deprimido na maior parte do dia, redução do interesse e/ou prazer em quase todas as atividades, insônia, perda de peso de forma significativa, independente de dietas, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, capacidade diminuída de se concentrar ou pensar, pensamentos relacionados a morte e sentimentos de inutilidade, são critérios diagnósticos para a depressão.

Em contradição ao DSM, a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), traz a depressão como um tipo de desregulação ligada ao período do puerpério, desordem essa que pode ser mental e comportamental. Além disso, para a CID-10 o quadro só pode ser classificado como depressão pós parto se seu início se der seis semanas após o parto, sem se encaixar em demais critérios.

A literatura apresenta hoje outras denominações para o transtorno em questão, como por exemplo depressão materna (BRUM, 2006), depressão pós-natal (COX; HOLDEN SAGOVSKY; 1987), mães deprimidas e depressão puerperal (CRUZ; SIMÕES, FAISAL-CURY; 2005). A falta de padronização tanto nas denominações, como também, dos critérios diagnósticos das classificações internacionais de referência, aumenta a dificuldade relacionada as pesquisas e resultados padronizados. Essas variações podem ocorrer devido a tentativa de abarcar a depressão ligada a gestação em seu estado multifatorial e interrelacional.

A depressão pós parto refere-se diretamente a maneira de funcionamento psíquico da genitora, no contexto pré até o pós gestacional, podendo ser este interferente na relação entre a mãe o bebê. O período gestacional traz muitas modificações, fazendo com que a gestante passe a assumir um novo papel que deve suprir as necessidades do bebê e instaurar um funcionamento corporal adequado (BRUM; OLIVEIRA, 2012). Entretanto, a mãe em um estado depressivo pode não conseguir estabelecer a relação adequada com o bebê, trazendo possivelmente prejuízos na relação e no desenvolvimento do mesmo.

1.1.3. Desenvolvimento infantil

1.1.3.1. Teoria da influência ambiental

Desde o momento da concepção, a criança experiencia diversas situações que influenciam diretamente no seu desenvolvimento. É através dessa premissa que podemos inferir que o crescimento saudável vai além de uma questão maturacional, assim, os pequenos modificam suas reações a determinadas situações, através de uma junção de questões internas com a aprendizagem, esta última que ocorre por meio de circunstâncias específicas e deste modo possibilita a aquisição de uma variada gama de comportamentos.

Para a amamentação, por exemplo, o bebê busca o seio, este que ao tocar na bochecha da criança vai fazer com que ele associe o toque no local específico com a disponibilização de alimentos. Com o tempo, o contato no rosto, o cheiro e a presença do cuidador, serão associadas a disponibilização de alimentos. Da mesma forma ocorre com o ato de chorar, onde a criança perceberá que tal comportamento trará consequências reforçadoras, como a comida, carinho e atos de limpeza. É desse modo, através de novas experiências, que a criança adequará o seu comportamento, inicialmente para satisfazer suas necessidades fisiológicas (chorar para obter comida) e posteriormente para satisfazer suas necessidades pessoais.

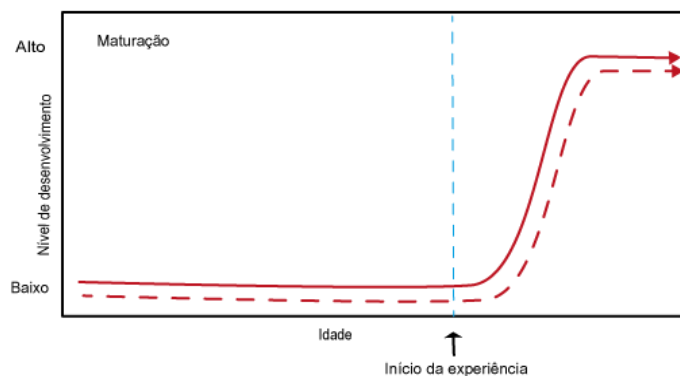
Existem diversas teorias que buscam explicar, se aprofundar e exemplificar como os fatores internos influenciam o desenvolvimento através da interação com os fatores externos. Richard Aslin (1981) foi o responsável por resumir alguns modelos sobre esta temática, estes que indicavam o desenvolvimento de acordo com a maturação, manutenção, facilitação, indução e sintonia. Em sua pesquisa, em todos os modelos, Aslin nos traz a comparação entre o desenvolvimento sem determinada experiência (esta, que seria a presença de um estímulo reforçador para a aquisição de determinado comportamento) e o desenvolvimento após a experiência ser acrescentada.

O desenvolvimento com a experiência específica é representado pela linha contínua, enquanto o desenvolvimento da criança, quando não há a exposição a determinada situação é demonstrada, nas imagens abaixo, pela linha tracejada. É importante ressaltar que Aslin retrata determinadas mudanças

no desenvolvimento a partir da exposição inicial a determinada situação, ou seja, a primeira vez.

A imagem 1 foi construída com o intuito de demonstrar que somente com o processo maturacional da criança, não haveria mudanças no comportamento, já que não há nenhuma exposição a determinada situação. Dessa forma a linha tracejada e a contínua seguem no mesmo caminho.

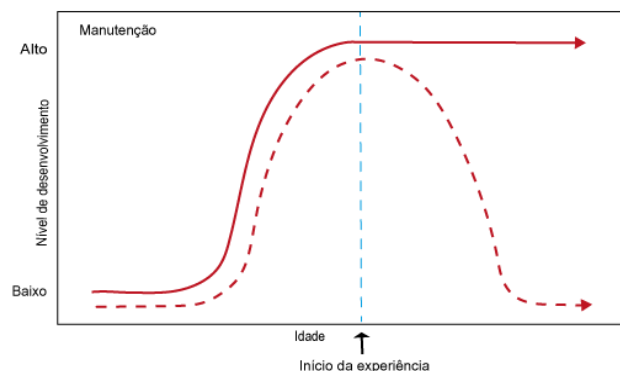
Figura 1 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Maturação)



Fonte: Aslin, R. N., 1981 (Reprodução autoral)

O segundo modelo, demonstrado através da imagem dois, é denominado manutenção. Para esse modelo, a criança adquire algum tipo de habilidade ou comportamento, mas se determinado estímulo ambiental não continuar ocorrendo, o comportamento que foi desenvolvido apresentará uma regressão. Desse modo, o estímulo do ambiente precisa estar presente para possibilitar a continuidade de determinada habilidade que foi desenvolvida, situação essa demonstrada no gráfico a seguir:

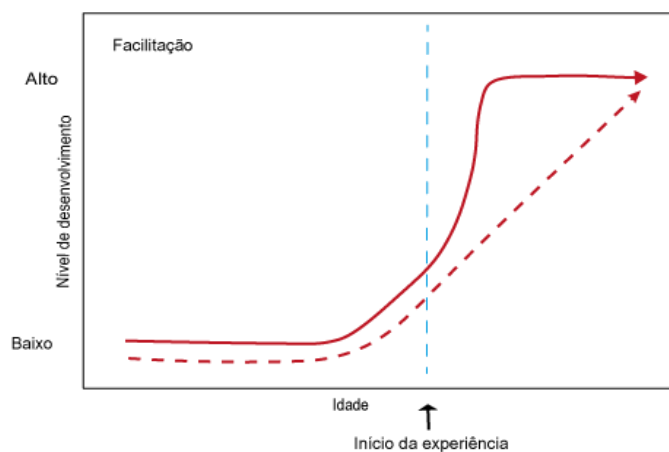
Figura 2 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Manutenção)



Fonte: Aslin, R. N., 1981 (Reprodução autoral)

A imagem do gráfico 3, demonstra o modelo de facilitação, onde a exposição a determinada experiência promove o desenvolvimento de determinadas habilidades, que são esperadas, de maneira mais rápida do que se não houvesse a mesma. Podemos tomar como exemplo o brincar com a criança, no momento em que os cuidadores realizam o ato de falar na brincadeira, a criança passa a associar a fala ao brincar, ao cuidado e afeto e passarão a desenvolver o falar de forma mais articulada e imaginativa (BEE, H.; 2003)

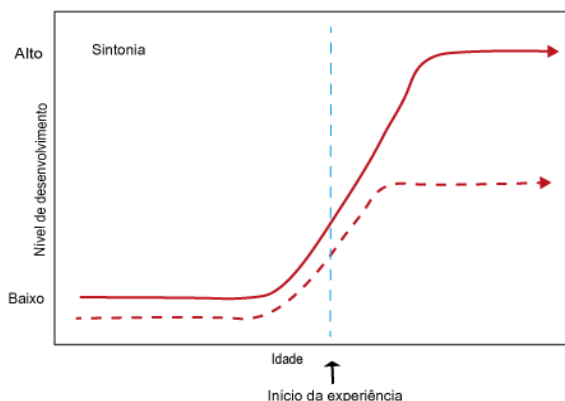
Figura 3 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Facilitação)



Fonte: Aslin, R. N., 1981 (Reprodução autoral)

O modelo quatro, denominado de sintonia, apresenta o exemplo de experiências que promovem um desenvolvimento significativo maior e permanente na criança, desenvolvimento este que só é possível através da exposição a determinada situação, fazendo assim com que a criança sintonize os conhecimentos prévios com os adquiridos após a experiência. O exemplo desse modelo pode ser visto na nutrição, já que crianças nutridas nos primeiros anos de vida estão mais saudáveis.

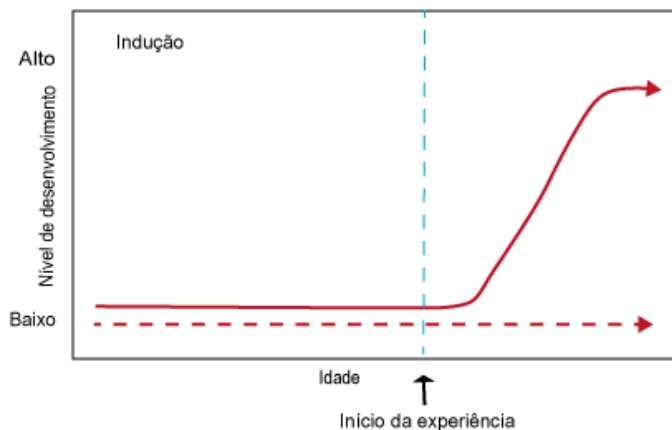
Figura 4 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Sintonia)



Fonte: Aslin, R. N., 1981 (Reprodução autoral)

O último modelo a ser apresentado aqui, denominado de indução, apresenta o exemplo de um comportamento que sem a presença de uma experiência, não irá se desenvolver em nenhum momento, ou seja, desejar que determinada criança aprenda a tocar algum instrumento musical, sem expor o instrumento e aulas a ela, não será possível. Assim, ela só realizará o comportamento por meio do ensino do mesmo.

Figura 5 - Modelos de Influência Ambiental de Aslin (Indução)



Fonte: Aslin, R. N., 1981 (Reprodução autoral)

A partir das pesquisas realizadas por Aslin podemos inferir que as experiências podem alterar o curso do desenvolvimento infantil, sendo estas um dos principais fatores produtores de diferenças individuais em cada pessoa (ALMEIDA; MARIANO, 2020). Indo para além disso, é importante nos atentarmos também a influência que os genitores têm sobre a criança, já que

são eles os responsáveis por apresentar e introduzir a cultura, a simbologia e os significados que irão atuar sobre ela.

1.1.3.2. Teoria do Apego de John Bowlby

Os estudos do psiquiatra John Bowlby (1907-1990) sobre cuidados maternos nos primeiros anos de vida de crianças iniciaram no momento em que o pesquisador percebeu determinados níveis de ansiedade e desconfortos em crianças que estavam sendo expostas a separações dos pais. As evidências sobre efeitos adversos no desenvolvimento após o rompimento com a mãe, durante a primeira infância tornaram possível a construção da teoria do Apego.

O apego pode ser definido como um comportamento básico e biológico dos seres humanos, que promove o equilíbrio do ser humano diante de outros controles comportamentais. A figura de apego promove a segurança da criança no mundo e fortalece o sentimento de proximidade com os cuidadores principais, promovendo o vínculo afetivo, tornando possível o desenvolvimento de capacidades emocionais e cognitivas. Deste modo, o cuidado consistente em uma resposta responsiva de quem o faz e define o estilo de apego do indivíduo ao longo da vida (BOWLBY, 1989).

O termo *comportamento de apego* é um conceito importante para ser definido nesta teoria, se referindo a ações direcionadas a um indivíduo, apto a lidar com o contexto social em que está inserido, realizadas para alcançá-lo ou tornar-se próximo. Esse comportamento apresenta uma função biológica instintiva, semelhante a necessidade de segurança, e evolui ao longo da vida (BOWLBY, 1989; CASSIDY, 1999).

É importante nos atentarmos que as figuras de apego podem não ser unicamente aquelas que promovem o bem estar da criança, podendo estas serem abusivas, originadas quando os cuidadores, por algum motivo, não respondem as necessidades fisiológicas das mesmas (CASSIDY, 1999). Dois tipos de apego podem ser definidos: Os relacionados ao ambiente e os relacionados as condições físicas e emocionais infantis. Os dois coexistem e são interdependentes.

Dependendo da forma com que foi cuidada a criança desenvolve seus modelos internos de funcionamento, tendo como base as primeiras representações que vivenciou. Assim, famílias que são desatentas aos cuidados básicos da criança que está em desenvolvimento e a seu estado mental, podem promover uma formação desvantajosa nas representações sociais e familiares da mesma. Relações em sociedade que ocorrem de forma abusiva promovem uma representação mental rígida e má adaptada.

Dessa maneira, questões como a confiança em outras pessoas e a capacidade de desenvolver relacionamentos de apegos intensos, através da sua própria percepção são inibidos (FONAGY; TARGET, 1997). É importante perceber que a construção de modelos internos de funcionamento está relacionada a modelagem do comportamento, onde a criança através de um modelo de pessoas reais aprende determinada forma de agir e realiza igual, generalizando o comportamento em diversas situações (amizades, parentalidade, formação de expectativas, escolha de parceiros, entre outros) (PIETROMONACO; BARRETT, 1997).

Através da teoria de Bowlby compreendemos a importância das figuras de identificação, logo na infância. Mães com depressão pós parto podem apresentar um vínculo fragilizado com o bebê, como já foi exposto anteriormente. Tal vínculo, estando enfraquecido pode resultar em condições emocionais infantis enfraquecidas, atingindo diretamente as questões de apego da criança, resultando em um desenvolvimento relacional precário e disfuncional.

1.1.3.3. Teoria comportamental

A teoria comportamental tem como seu grande representante o teórico B. F. Skinner (1971), este define o desenvolvimento como uma mudança que ocorre no tempo (1971, p. 139), entretanto não acontece por motivo de passagem de tempo e sim pelo que acontece no momento em que o tempo está passando, ou seja, por relações de contingência (causa-efeito). Desta maneira, as relações vivenciadas durante a vida teriam uma importância acentuada no desenvolvimento do sujeito, muito maior do que quesitos como a idade.

O autor traz como importância a influência ambiental bem como também a influência dos fatores biológicos, passados para o outro por meio de influências

genéticas da espécie. Skinner mostra o desenvolvimento do ser humano como uma inter-relação entre os níveis filogenético, ontogenético e cultural quando ressalta que “o assim chamado desenvolvimento do comportamento de uma criança é uma mistura de filogênese e ontogênese” (Skinner, 1969, p. 296).

Para ele, o nível filogenético constrói-se através das heranças maturacionais que são passadas através da espécie (seleção natural, onde as características mais bem adaptadas permanecem). Já o nível ontogenético diz respeito as experiências vivenciadas pelo sujeito, ou seja, sua história de vida, através de reforços e punições. É importante lembrar que este indivíduo se encontra inserido em uma cultura que também seleciona e modela o comportamento, de acordo com o ambiente social em que ele está presente (SKINNER, 1961/1999d).

Deste modo, na perspectiva analítica-comportamental o desenvolvimento é definido de acordo com a interação do organismo (pessoa) com o meio, demonstrando assim ser uma abordagem relacional onde não se sabe qual o caminho exato em que as mudanças ocorrerão no ser humano (relação probabilística).

Assim, a interação com o meio familiar, influenciaria acentuadamente no crescimento e desenvolvimento infantil, onde contextos familiares dotados de contingências punitivas ou de ausência de determinados estímulos poderiam promover uma classe de comportamentos diferente da que se espera tipicamente.

1.1.3.4. Epistemologia genética

Um dos principais teóricos da epistemologia genética foi Jean Piaget. O autor centra sua teoria em demonstrar a evolução do indivíduo, desde os seus primeiros dias de vida. O ser humano poderia adquirir conhecimento através das interações entre ele e o objeto. Essa teoria também foi escolhida para compor a pesquisa em questão pois visa trazer como as pessoas constroem seus repertórios através da ação sobre o meio, sendo os fatores biológicos influenciados pelos fatores externos.

Piaget traz como sua maior contribuição a presença de estágios no desenvolvimento cognitivo. Cada estágio faz com que o sujeito se relacione

diferente com o meio, aprendendo de diversas maneiras em cada momento do seu desenvolvimento. É importante lembrar que há uma evolução, de acordo com as relações que envolvem a criança e seu contexto.

O sujeito busca um equilíbrio, que condiz com um comportamento de adaptação em relação ao meio, sendo imprescindível observarmos as características biológicas, vistas por Piaget como fontes para a construção da inteligência. É importante observarmos que para o autor o desenvolvimento psíquico inicia-se quando a criança nasce e segue até a maturidade, semelhante ao amadurecimento orgânico (RAPPAPORT, 1982).

O autor traz em sua teoria que os fatores internos são preponderantes aos fatores externos e se constituem em uma sequência fixa de estágios sendo eles: 1) Sensório-motor; 2) Pré-operatório; 3) Operatório concreto; 4) Operatório formal. Cada estágio tem sua característica própria, sendo cada uma o seguimento da próxima (PIAGET, 1896). Não iremos nos adentrar nas características particulares de cada estágio, nesta pesquisa.

Para Piaget, o desenvolvimento ocorre de acordo com as reações que a criança demonstra após ser exposta a situações problemas, articulando seus raciocínios. Desse modo, o desenvolvimento não seria linear, pelo contrário, ocorreria em formato de espiral através da assimilação e acomodação de novos conceitos (BATTO, 1978).

Quando o sujeito entra em contato com uma nova situação, há um momento de desequilíbrio, fazendo assim com que este busque retornar ao processo de estabilização dos seus conhecimentos, situação essa denominada de *equilíbrio*. Nesta situação, as formas de *equilíbrio* podem não serem adequadas ao meio ou saudáveis para o próprio sujeito.

É importante ressaltar que processo de *equilíbrio* inicia-se através da *assimilação* de um novo objeto (situação, acontecimento ou conhecimento) com a junção de estruturas que antes já eram conhecidas e esquematizadas, por meio da interação com o mundo, pelo sujeito. Para ocorrerem as mudanças internas é necessário que o processo de *acomodação* esteja presente, havendo assim uma organização e adaptação da situação em questão (BATTO, 1978).

O processo descrito é dialético, estando sempre em movimento, de acordo com as novas situações presentes. De acordo com o que foi exposto

podemos refletir sobre a influência que a criança recebe nos anos iniciais, já que as "relações entre o sujeito e seu meio consistem numa interação radical" (Piaget, 1936/1975c: 386), há a probabilidade que relações que expõe a criança em um meio de estímulos aversivos, a constituição do próprio sujeito poderia apresentar-se disfuncional ao longo de sua história.

Desse modo, interações com a sociedade, principalmente aquela primária, como os genitores, sendo esta deficitária no que diz respeito ao suprimento de necessidades básicas, poderia influenciar diretamente o processo de equilíbrio da criança, influenciando o seu crescimento como um todo, já que este, como exposto anteriormente, faz-se através de um processo dialético e contínuo.

1.1.3.5. Teoria construtivista

Na perspectiva sócio-cultural, abordada por L. Vygotsky, o ser humano se desenvolve através do seu meio social, por meio do processo de internalização dos conteúdos que aprendeu com a socialização, indo assim para além das questões maturacionais de Piaget.

Desse modo, Vygotsky aborda que não é suficiente ter somente o aparato biológico e não participar de ambientes sociais que proporcionem o caminho do desenvolvimento por meio das experiências com que entra em contato. Assim, a criança é vista como um ser pensante, capaz de relacionar o seu presente com a representação de um mundo demonstrado em sua cultura (RABELLO; PASSOS, 2010).

É importante mencionarmos que para Vygotsky a interação com o mundo deve ser percebida como um fator essencial para o sujeito estar no ambiente, desse modo, o autor traz a importância de compreendermos alguns aspectos, sendo um destes a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que representa a distância entre o conhecimento que a criança já tem, sobre o mundo e pode assim solucionar determinados problemas sozinhos e aquele conhecimento que ela ainda terá, precisando do auxílio de alguém mais experiente para resolver o problema.

É por meio da ZDP que as aprendizagens ocorrem e a criança se desenvolve. O autor em questão nos traz que o adulto tem um papel fundamental

na vida das crianças, pois ele é um mediador entre a criança e o mundo. Desta forma Creche Fiocruz (2004) nos traz que *“é no âmago das interações no interior do coletivo, das relações com o outro, que a criança terá condições de construir suas próprias estruturas psicológicas”*.

Dessa forma a criança irá desenvolver suas habilidades através do auxílio dos mediadores, que inicialmente se encontram através do papel dos cuidadores principais. Assim é importante avaliarmos o contexto cultural que somado ao aparato biológico básico, interage e provoca determinados tipos de aprendizagem proporcionados pelos mediadores.

É importante compreendermos que o ponto de partida para o desenvolvimento e a interação com o outro, das crianças, é o processo de sociabilidade com o mundo que a rodeia,

Por origem e por natureza o ser humano não pode existir nem experimentar o desenvolvimento próprio de sua espécie como uma ilha isolada, tem necessariamente seu prolongamento nos demais; de modo isolado não é um ser completo. (LANE, 1985. p.43).

Para que haja o desenvolvimento da criança é necessário que haja interações que são percebidas como assimétricas (um indivíduo adulto apresenta determinado conhecimento sobre a cultura e irá mediar o processo de aprendizagem).

É através dessa relação importante para o crescimento da criança que identificamos a influência do social para o seu desenvolvimento. No momento em que o meio em que se está inserido apresenta poucos estímulos, sendo assim deficitário deles, além de demonstrar condições de vulnerabilidade, a compreensão de mundo, mediada através das relações assimétricas, podem proporcionar um desenvolvimento deficitário em seu papel de construção e formação social, já que:

Algumas das categorias de funções mentais superiores (atenção voluntária, memória lógica, pensamento verbal e conceitual, emoções complexas, etc.) não poderiam surgir e constituir-se no processo do desenvolvimento sem a contribuição construtora das interações sociais. (LANE, 1985. p.51).

Assim, o desenvolvimento só ocorre através das interações sociais. A formação de uma criança e dos processos que a envolve é resultado da relação

com os genitores, irmãos e outros contatos sociais. Neste processo as barreiras presentes podem ser superadas através de uma interação positiva com todos os envolvidos.

1.1.3.6. Teoria psicanalítica

Para a psicanálise, desde que a criança está sendo gestada passa por um processo de idealização realizado pelo outro. A idealização produz marcas imaginárias que terão impacto na singularidade da criança ao crescer, tanto nas funções orgânicas como também nas simbólicas. O olhar dos genitores sobre a criança são idealizadores e constituem a subjetividade da mesma, deixando marcas imaginárias que a constituem durante a sua vida (AULAGNIER, 1994; BYDLOWSKI, 2000).

A partir das expectativas do outro sobre a criança são geradas novas características e manifestações que produzem impactos no psiquismo, formando uma relação que deve ser dialética (choro leva a ser embalado para a dormir, embalar leva a satisfação dos genitores e da criança), levando repercussões para a construções das funções parentais também (CAMPOS, *et al.*, 2020).

Antes de falar e pensar sobre si mesmo, o sujeito deve ser pensado e desejado pelo outro. Na ausência do desejo do outro, a criança pode ter dificuldade de constituir-se como sujeito, já que é somente assim que ele pode mergulhar no campo dos significantes.

Além disso, o adulto é o responsável por promover, por meio dos cuidados iniciais, a satisfação do bebê, através desse momento a criança sai do estado de desamparo. Para Laplanche e Pontalis (2001), o estado de desamparo está ligado a dependência que o ser humano tem com os seus pares, já que é através da satisfação da dependência que a criança sobrevive e assim, marcas em seu psiquismo são deixadas.

Ao longo da vida, o ser humano continua dependendo do seu par para viver em sociedade e também para ser amado. Ao contrário disso, o estado de desamparo pode estar correlacionado com o trauma, levando a estados de ansiedade e angústia, estes que o bebê pode não conseguir lidar de modo adequado.

A forma com que a criança se sente amparada e lida com tal sentimento repercute na sua constituição psíquica para que consiga enfrentar situações em sua vida. Desse modo, para a psicanálise o desejo dos genitores pela criança influencia diretamente no seu desenvolvimento, já que o sujeito só se constitui-se por meio deste amparo. Assim, relações dos cuidadores iniciais, quando ocorrem de maneira saudável podem, a depender das variáveis externas, levar ao desenvolvimento sem tantas angústias e com desconfortos acentuados.

Além disso, as primeiras relações entre a mãe e o bebê constituem-se antes mesmo do nascimento, onde a relação de confiança deve existir em ambas as partes, já que a genitora deve oferecer o ambiente inicial para que a criança se desenvolva, principalmente emocionalmente. É através deste pensamento que Winnicott (1982) estudou o psiquismo, o self e o mundo interno do bebê, compreendendo que determinadas adversidades emocionais eram originadas na infância e moldadas pelo ambiente materno.

A depressão pós parto pode gerar um desamparo, já que ao chegar ao mundo o bebê estabelece uma relação de dependência com a mãe. Quando a relação não é recíproca, já que as genitoras com DPP possuem diferenciadas formas de realizarem os cuidados maternos (realizando-os em excesso ou em falta), a personalidade da criança pode ser afetada alterando de modo significativo o seu desenvolvimento (WINNICOTT,1982).

1.2. JUSTIFICATIVA

A gravidez e o pós parto são momentos em que as mulheres podem apresentar riscos elevados de desenvolvimentos de sintomas depressivos. A exposição precoce de crianças a estes tipos de sintomas, principalmente no início da vida, pode levar ao desenvolvimento de consequências duradouras.

Bem como também é necessário pensarmos sobre o funcionamento diário das mães, que alterado por conta da DPP, leva a um relacionamento que pode ser diferente daquele considerado como saudável, trazendo resultados negativos para a saúde e bem estar da criança.

Sobre o exposto nos parágrafos anteriores, várias análises foram realizadas, estas relacionadas ao tema proposto, entretanto os problemas

metodológicos trazem informações diversas e não padronizadas, gerando escassez de dados específicos que demonstrem a influência da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento infantil. Deste modo, há a necessidade de sintetizar as investigações que foram feitas e publicadas até o momento para que se obtenha conhecimentos atualizados sobre o fenômeno.

Foi através da percepção da importância de evidenciar o pensamento crítico sobre o tema, que levou a metodologia desta pesquisa ser direcionada para uma revisão integrativa. Através da necessidade de avaliar o conhecimento atual sobre uma determinada temática, a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica das revisões demonstrando diversas respostas sobre o mesmo tema, nos proporcionando assim, ter um panorama consistente, geral e compreensível de determinados resultados que são complexos, e devem conversar entre si.

Assim, esta pesquisa demonstra sua relevância para a comunidade, a partir do momento que se propõe a demonstrar a existência da relação entre depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil, indicando quais são os fatores do desenvolvimento mais atingidos e deste modo, dar pressupostos para que se pensem alternativas que visem amenizar os impactos do transtorno no crescimento saudável da criança.

No que se diz respeito a comunidade científica, a observação e síntese dos resultados, através de uma revisão integrativa, que possibilita a análise de pesquisas que usem métodos e escalas validadas, tornam possível dar maior credibilidade aos dados obtidos em pesquisas posteriores e, deste modo, viabilizando resultados consensuais sobre a relação entre a DPP e a sua influência sobre o desenvolvimento infantil.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Geral

Identificar, por meio de uma revisão integrativa, as pesquisas produzidas relacionadas ao impacto da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento infantil.

1.3.2. Específicos

- Sintetizar pesquisas de coorte e de caso controle que versem sobre o impacto da depressão pós parto no desenvolvimento infantil.
- Identificar se há impactos no desenvolvimento infantil na exposição de crianças a mães com DPP.
- Explicar quais os instrumentos mais utilizados para identificar a presença de DPP.
- Avaliar quais as áreas do desenvolvimento infantil são mais afetadas após a exposição a DPP.

1.4. QUESTÃO NORTEADORA

Os dados expostos anteriormente deixam claro a necessidade de investigarmos os aspectos associados ao desenvolvimento de crianças cuidadas por mães com depressão pós parto. Para o melhor conhecimento do tema em questão, após as delimitações necessárias, pretendemos aqui apresentar as evidências, discuti-las e responder através desta pesquisa se *crianças expostas a mães com depressão pós parto, apresentam mais atrasos no desenvolvimento do que aquelas que não foram expostas*.

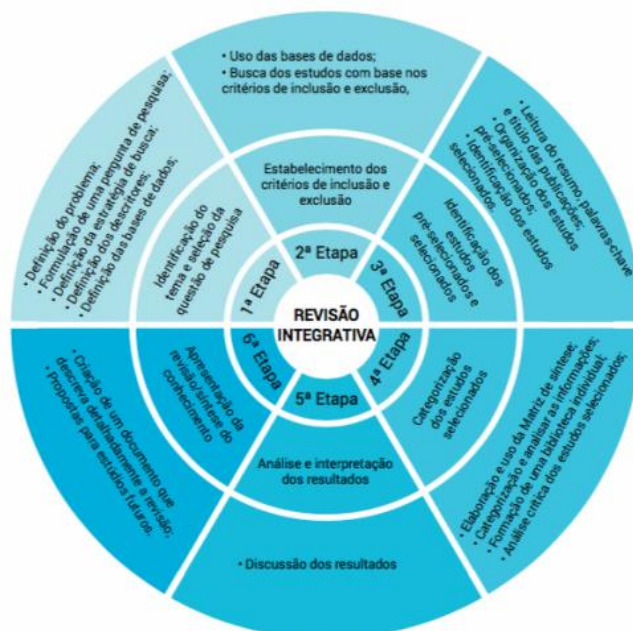
2. METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de revisão integrativa abordando a relação entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil. As etapas da revisão foram realizadas de forma independente pela autora, utilizando como base o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa, elaborado por Botelho, Cunha e Macêdo (2014).

O método de revisão integrativa foi escolhido para este estudo por ser uma metodologia que oferece uma análise sistematizada e ampliada de temas referentes a área da saúde. É importante ressaltar também, que as pesquisas realizadas não devem se distanciar da realidade, buscando utilizar assim Práticas Baseadas em Evidências (PBE) voltadas para qualidade e relevância das mesmas.

A revisão integrativa se constitui através de um rigor metodológico, fazendo com que seus resultados possam ser utilizados para tomadas de decisões clínicas. Para isso, a síntese dos resultados deve ser rigorosa, utilizando, na maioria das vezes, estudos experimentais, identificando também vieses nos mesmos. Diversos estudos podem ser abordados ao utilizarmos o método em questão, podendo serem experimentais, não experimentais, teóricos ou empíricos, desde que as informações sejam válidas e os resultados sejam relevantes, permitindo assim a compreensão do problema de forma integral (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

Figura 6 - Etapas da Revisão Integrativa



Fonte: BOTELHO, CUNHA, MACEDO, 2014)

2.1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para alcançarmos os objetivos deste estudo, buscamos analisar a produção científica, sobre o tema, a nível mundial. Deste modo, foram utilizadas cinco base de dados onde, para serem selecionadas, as pesquisas deveriam ser publicadas entre janeiro de 2017 a janeiro de 2022, tendo como tema principal a depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil. Vale ressaltar que todas as buscas foram realizadas no mês de janeiro de 2022. O procedimento descrito

neste parágrafo corresponde a primeira fase para o desenvolvimento da revisão integrativa.

Por não haver diversos estudos abordando semelhantemente um único fator do desenvolvimento, decidimos selecionar e analisar os fatores do desenvolvimento em geral e, após a síntese dos resultados, especificar cada um. Para iniciarmos a segunda fase da revisão integrativa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os artigos incluídos deveriam apresentar pesquisas de caráter quantitativo, sendo estudos de coorte. Nestes, não deveriam estar presentes associações com outros transtornos ou déficits, tanto da mãe como da criança, sendo o último diagnosticado no pós-parto.

Assim, foram desconsideradas pesquisas que apresentassem questões como parto pré-maturo, ocorrência de depressão pela figura paterna ou deficiências físicas, como um fator de influência no desenvolvimento, conjunto a DPP. Além disso, estudos de caráter qualitativo, revisões integrativas ou sistemáticas, e artigos com valores terapêuticos foram desconsiderados. O texto deveria estar completo e gratuito além de a pesquisa ter sido finalizada.

2.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Foram utilizadas cinco bases de dados, sendo quatro da área da saúde (PubMed, Scielo, Cochrane e LILACS) e uma específica do âmbito da psicologia (APA – Psycinfo). Inicialmente o problema de pesquisa foi definido através da estratégia PICOD, apresentado na tabela 1, resultando na pergunta: Crianças expostas a mães com depressão pós parto, apresentam atrasos no desenvolvimento?

Tabela 1- Estratégia PICOD aplicada

P	População (Participantes/ Estruturas)	Quem foi estudado?	Crianças 0-12 anos
I	Intervenção (Relação de cuidado / Processo)	O que foi feito?	Submetidos a mães com depressão pós parto
C	Comparações das intervenções	Comparações entre resultados	Submetidos a mães que não tem DPP
O	Resultados (intermédios e finais)	Quais foram os resultados ou efeitos?	Atrasos no desenvolvimento
D	Desenho do Estudo	Como é?	Coorte ou caso controle

Fonte: Elaborado pela autora.

As palavras chaves, estratégias de busca e quantidade de artigos selecionados estão descritos na tabela 2, estes foram constituídos por uma combinação de termos indexados específicos presentes nos bancos de dados utilizados. As buscas eletrônicas, não utilizaram restrições quanto a idiomas e foram iniciadas no dia 03 de janeiro de 2022 e concluídas em 16 de fevereiro de 2022.

Tabela 2 - Base de dados, descritores e quantidade de artigos selecionados

Base de dados	Descritores	Quantidade de artigos
PubMed	Child* and (Depression Postpartum) and (Child* Development OR Child* Development Disorders) and (cohort OR "case control")	190
Scielo	(Depression Postpartum) AND (Child* Development OR Child* Development Disorders)	3
Cochrane	Child* and (Depression Postpartum) and (Child* Development OR Child* Development Disorders) and (cohort OR "case control")	22
LILACS	Child\$ Depression Postpartum Development Disorders	5
APA – Psycinfo	Child\$ AND Depression AND Postpartum AND Development AND Disorders	2
		222

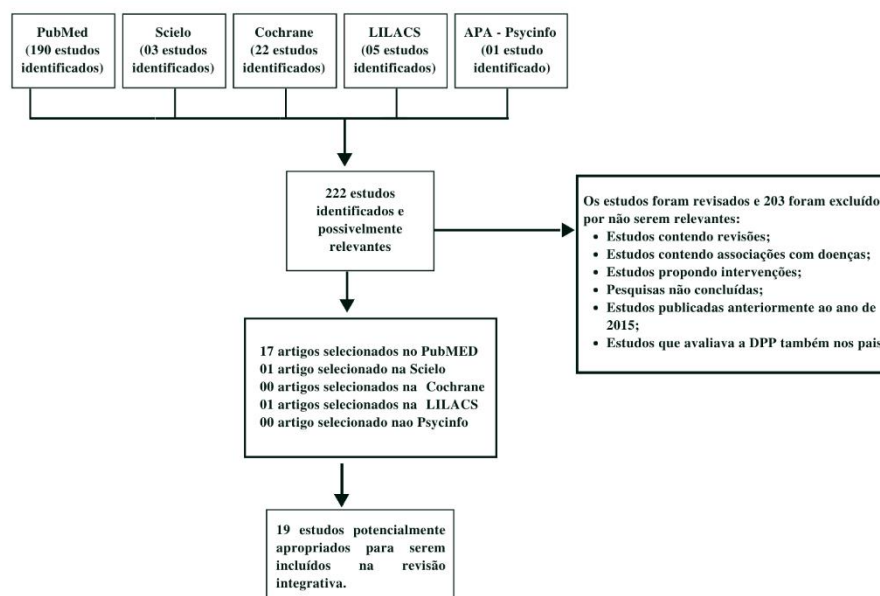
Fonte: Elaborado pela autora.

2.3. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Para a seleção inicial dos estudos as palavras chaves descritas no tópico anterior foram inseridas. A escolha primária foi realizada baseando-se no títulos e nos resumos, quando estes não apresentavam informações suficientes para a seleção, o texto completo era utilizado. Aquelas pesquisas que não atendiam aos critérios de elegibilidade foram excluídas.

Deste modo, dos 222 estudos sobre a relação de depressão pós parto e desenvolvimento infantil, disponível nas bases de dados, 19 foram selecionados, pois se adequavam a proposta e critérios da revisão integrativa. Esta etapa condiz com a terceira fase da revisão e foi realizada no período de fevereiro de 2022.

Figura 7 - Fluxograma de artigos incluídos na revisão integrativa



Fonte: Elaborado pela autora.

3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS

De acordo com os critérios de análise, como os fatores de exposição, a existência de grupos controles, entre outros quesitos, foram identificados quais estudos, dos que foram pré-selecionados, apresentavam qualidade nos resultados. Os estudos que se adequarem aos critérios de análise tiveram sua qualidade avaliada de acordo com a orientação do Programa de Habilidades de Avaliação Crítica (CASP, 2018), este que é recomendado para pesquisas de coorte observacional.

A estrutura utilizada consiste em uma ferramenta aplicada na avaliação de estudos de coorte através de 10 domínios específicos, divididos em 03 seções que trazem perguntas relacionadas a cada domínio. As seções, em geral, procuram responder os questionamentos (a) Os resultados da revisão são válidos? (b) Quais são os resultados? (c) Os resultados vão me ajudar a nível local? Todas os domínios podem ser respondidos através de “sim; não ou não consigo responder”. Para o tópico em questão, somente o primeiro domínio (validade dos resultados) foi utilizado, tal domínio é composto por 12 perguntas.

Como uma forma de comparar os estudos selecionados facilmente, para cada pergunta será atribuída uma pontuação específica (02 para aquelas que tiverem critérios atendidos, 01 para parcialmente atendidos e 0 para os critérios não atendidos). Somando-se as pontuações, pode-se obter um máximo de 24 pontos, indicando a qualidade máxima do estudo.

Será utilizado um descritor qualitativo com base nas pontuações obtidas, critérios que foram atendidos e riscos de vieses, para isso será seguida a estrutura da a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2019). Serão seguidos os descritores “alta qualidade” para quando grande parte dos critérios forem atendidos, poucos vieses e resultados com pouca probabilidade de ser alteradas (pontuações de 24 a 15), “qualidade aceitável” (pontuação de 14 a 10) onde a maioria dos critérios forem atendidos e houverem poucas falhas nos estudos, “baixa qualidade” (menos de 10) quando houverem falhas significativas e muitos vieses.

Para a revisão da qualidade dos artigos foi solicitada a colaboração de um revisor independente para diminuir a probabilidade de vieses na pesquisa apresentada, aumentando assim a sua precisão. Todos os desacordos foram resolvidos através de consenso, procurando-se sempre avaliações baseadas nos descritores quantitativos e qualitativos para os 19 estudos que foram aprofundados.

A seguir serão apresentadas as perguntas da primeira seção do Programa de Habilidades de Avaliação Crítica, que visa identificar a validade dos estudos utilizados.

Tabela 3 - Programa de Habilidades de Avaliação Crítica (Seção A)

1. O estudo abordou uma questão claramente focada?
2. A coorte foi recrutada de forma aceitável?
3. A exposição foi medida com precisão para minimizar o viés?
4. O resultado foi medido com precisão para minimizar o viés?
5. Os autores identificaram todos os fatores de confusão importantes?
6. O acompanhamento dos sujeitos foi completo o suficiente?
7. Os resultados do estudo são relatados de forma clara?
8. Quão precisos são os resultados?
9. Você acredita nos resultados?
10. Os resultados podem ser aplicados à população local?
11. Os resultados deste estudo se encaixam com outras evidências disponíveis?

12. Implicações deste estudo para a prática? Eles são justificados?

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a leitura dos estudos selecionados para esta pesquisa, os dados foram sistematizados de acordo com os dados apresentados. Todos os estudos utilizados apresentaram dados de alta qualidade e de qualidade aceitável.

Tabela 4 - Programa de Habilidades de Avaliação Crítica - Pontuação Geral

REFERÊNCIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	PONTUAÇÃO GERAL
NETSI, E. et. al., 2018 (Reino Unido)	02	02	02	02	02	02	02	01	02	02	01	02	22
AOYAGI, S. S. et. al., 2019. (Japão)	02	01	01	01	02	02	02	01	02	02	01	02	18
DACHEW, B.A., et. al., 2021 (Reino Unido)01	02	02	01	01	00	02	02	02	02	02	02	02	20
FALESCHINI S., et. al., 2019 (EUA)	02	02	01	01	01	00	02	02	02	02	02	02	19
COSTA, V. P. P et. al., 2017. (Brasil)	01	02	00	01	01	00	02	01	01	01	01	00	11
NIX, L., et. al., 2021. (Irlanda)	02	01	01	02	01	00	02	02	02	02	02	02	19
GONZÁLEZ G., et. al., 2017 (Uruguai)	02	02	01	01	00	01	02	00	02	01	02	02	16
DADI, A.F., et. al., 2021. (Etiópia)	02	02	00	02	01	00	02	02	02	02	02	02	19
ABDOLLAHI F.; REZAI ABHARI F.; ZARGHAMI M., 2017. (Irã)	02	01	01	02	02	01	02	01	02	02	02	02	20
WEN, D.J., et. al., 2017. (Malásia)	02	02	01	01	01	00	02	02	01	01	01	01	15
WALKER, A. L., et. al., 2020. (Holanda)	02	02	02	01	02	01	01	01	02	02	02	02	20
COBURN, S.S., et. al., 2018. (EUA)	02	02	01	01	02	01	02	02	02	02	02	02	21
EICHLER, J. et. al., 2021. (Alemanha)	02	02	02	02	01	02	01	01	01	02	01	01	19
YSTROM, E., et. al., 2017. (Noruega)	02	02	00	01	00	02	01	02	01	01	01	02	15
FAREWELL, C.V., et. al., 2021 (Nova Zelândia)	02	02	02	02	02	01	02	02	02	02	02	02	23
Kingston, D., et. al., 2018 (Canadá)	02	02	01	01	02	02	02	02	02	02	02	02	22
CHOE, D. E., et. al., 2020. (EUA)	02	02	01	01	01	02	02	01	01	02	02	02	19
BINDA, V., et. al., 2019. (Chile)	02	02	02	01	02	02	02	02	02	02	02	02	23
GONZALEZ, G. et al .2017. (Uruguai)	02	02	01	01	01	02	01	01	01	01	01	02	16

Fonte: Elaborado pela autora.

4. RESULTADOS

Os estudos incluídos na revisão integrativa foram sistematizados através do instrumento de coleta de dados validado por Ursi (2005). Nele, estiveram presentes quesitos como o tipo de publicação, objetivo ou questão de investigação, amostra, tratamento de dados, intervenções realizadas, entre outras questões (Anexo A).

A partir da coleta e sistematização, os estudos foram estruturados de modo que ficasse claro a relação entre eles, através das semelhanças e diferenças. Deste modo, a apresentação dos resultados será apresentada agora através de uma tabela, que funcionará como banco de dados, para proporcionar uma análise estatísticas das informações.

Tabela 5 - Apresentação dos resultados

(Continua)

	AUTORES, PAÍS (ANO)	ESTUDO	AMOSTRA	INSTRUMENTOS	ASPECTO AFETADO
1	NETSI, E. et. al., 2018 (Reino Unido)	Avon Longitudinal Study of Parentsand Children (ALSPAC)	- Com depressão persistente e acentuada: 75 mães - Com depressão grave: 83 mães	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Rutter Total Problems Scale - Notas de matemática nos primeiros 16 anos na escola - Clinical Interview Schedule- Revised	Comportamental e cognitivo
2	AOYAGI, S. S. et. al., 2019. (Japão)	Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study)	- 274 mães - 289 bebês	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Mullen Scales of Early Learning (MSEL)	Linguagem
3	DACHEW, B.A., et. al., 2021 (Reino Unido)	Avon Longitudinal Study of Parentsand Children (ALSPAC)	- 8.000 crianças aos 7 anos. - 4.000 crianças aos 15 anos.	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Avaliação de Desenvolvimento e Bem- Estar (DAWBA).	Comportamental
4	FALESCHINI S., et. al., 2019 (EUA)	Projeto VIVA	- 1225 mãe e bebês	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Inventário de Avaliação Comportamental da Função Executiva (BRIEF) - Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ) - Teste de Inteligência Breve de Kaufman - Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities (WRAVMA) - Índice de Memória Visual da Avaliação de Ampla Faixa de Memória e Aprendizagem - Escala de Ansiedade Relacionada à Gravidez	Comportamental e Cognitivo

Tabela 5- Apresentação dos resultados (Continuação)

	AUTORES, PAÍS (ANO)	ESTUDO	AMOSTRA	INSTRUMENTOS	ASPECTO AFETADO
5	COSTA, V. P. P. <i>et. al.</i> , 2017. (Brasil)	Estudo original	- 871 mães e bebês	- The Dental Anxiety Question (DAQ) - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) - Inventário de Depressão de Beck (BDI)-II - Experiência de Cárie dentária da mãe e da criança	Cognitivos
6	NIX, L., <i>et. al.</i> , 2021. (Irlanda)	Estudo longitudinal	- 23 pessoas deprimidas - 34 pessoas com histórico de depressão - 43 pessoas como controle	- Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil (BSID-III aos 12 meses). - Escala Socioemocional de Bayley III. - Escala de Comportamento Adaptativo de Bayley III.	Emocional, cognitivo e linguagem
7	GONZÁLEZ G., <i>et. al.</i> , 2017 (Uruguai)	Estudo original	- 102 recém nascidos não expostos a depressão materna. - 32 recém nascidos expostos a depressão materna.	- Entrevista estruturada com as puérperas - Instrumento para identificar o uso de álcool - Escala de Beck aos 6 meses - Teste de Brunet-Lézine aos 18 meses	Linguagem
8	DADI, A.F., <i>et. al.</i> , 2021. (Etiópia)	Projeto de saúde materno infantil	- 866 mães e crianças	- Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) - Escala de Apoio Social de Oslo (OSSS-3) - Perinatal Coping Inventory (PCI-4) - Circunferência do braço médio-superior (MUAC)	Resultados adversos na saúde
9	ABDOLLAHI F.; REZAI ABHARI F.; ZARGHAMI M., 2017. (Irã)	Estudo original	- 671 mulheres grávidas	- Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) - Ages and Stages Questionnaire (ASQ) - Peso e altura das crianças para calcular o IMC. - Questionário sobre doença e questões farmacológicas	Social
10	WEN, D.J., <i>et. al.</i> , 2017. (Malásia)	Growing Up in Singapore Towards healthy Outcomes (GUSTO)	- 342 mãe e criança	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)	Físico
11	WALKER, A. L., <i>et. al.</i> , 2020. (Holanda)	Amsterdam Born Children and Development (ABCD)	- 2298 mulheres e crianças	- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) - Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) - Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ)	Emocional
12	COBURN, S.S., <i>et. al.</i> , 2018. (EUA)	Mexican American mother-infant dyads	- 205 mulheres e crianças	- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) - Questionário de Saúde do Bebê de 8 itens - Idade gestacional da criança e o peso ao nascer	Resultados adversos na saúde
13	EICHLER, J. <i>et. al.</i> , 2021. (Alemanha)	Leipzig Research Center for Civilization Diseases (LIFE)	- 324 díades mães e filhos	- Índice de Winkler - Patient Health Questionnaire (PHQ-D)	Físico
14	YSTROM, E., <i>et. al.</i> , 2017. (Noruega)	The Norwegian mother and child cohort study (MoBa)	- 14.926 díades mães e filhos.	- Hopkins Symptom Checklist (SCL-8); - Pergunta "Com que frequência seu filho acorda hoje em dia?"	Emocional

Tabela 5 - Apresentação dos resultados (Conclusão)

	AUTORES, PAÍS (ANO)	ESTUDO	AMOSTRA	INSTRUMENTOS	ASPECTO AFETADO
15	FAREWELL, C.V., et. al., 2021 (Nova Zelândia)	Growing Up in New Zealand (GUINZ)	- 4.897 díades mães e filhos.	- Padrões de Crescimento da Força-Tarefa Internacional de Obesidade (IOTF) - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9)	Físico
16	Kingston, D., et. al., 2018 (Canadá)	All Our Families (AOF)	- 1.983 díades mães e filhos.	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - Escalas de Comportamento desenvolvidas para a Pesquisa Longitudinal Nacional Canadense de Crianças e Jovens (NLSCY)// - Pielberger State Anxiety Inventory (SSAI)	Comportamental
17	CHOE, D. E., et. al., 2020. (EUA)	Estudo original	- 252 díades mães e filhos.	- Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CESD) - Escala de Apoio Social - Dispositivo de Avaliação Familiar - Parenting Índice de Estresse - Crying Patterns Questionnaire - Lista de Verificação do Comportamento Infantil - Peabody Picture Vocabulary Test-3ª Edição	Linguagem e social
18	BINDA, V., et. al., 2019. (Chile)	Estudo clínico randomizado FONIS SA12 2089	- 181 mulheres e crianças	- Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo - Ages & Stages Questionnaire e sua associação com a qualidade da interação	Social
19	GONZALEZ, G. et al. 2017. (Uruguai)	Estudo original	- 102 recém nascidos não expostos a DPP - 30 recém nascidos expostos a DPP	- Escala de Beck - Amostra de mecônio	Linguagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Os estudos incluídos na pesquisa tiveram sua origem em 16 países diferentes, sendo um destes o Brasil. Dos 19 estudos escolhidos, 2 foram abordados de forma semelhante no Reino Unido, 3 nos EUA e 2 no Uruguai, os demais estudos foram realizados em países diferentes. Além disso, dois estudos utilizaram dados de bases semelhantes, por provirem do mesmo estudo, mas analisaram fatores diferentes do desenvolvimento.

Todos os estudos incluíram como análise a criança e a sua genitora, onde somente em um (AOYAGI, S. S. et. al., 2019), a mãe poderia ter mais de um filho participante da pesquisa. O período de acompanhamento dos estudos variava

de 6 meses pós parto (EICHLER, J., *et. al.*, 2021.) a 20 anos (YSTROM, E., *et. al.*, 2017).

A idade das populações avaliadas era mista, podendo ter a criança 3 meses (EICHLER, J., *et. al.*, 2021; YSTROM, E., *et. al.*, 2017.) até os 3 anos e meio (NETSI, E. *et. al.*, 2018) na primeira avaliação e 18 meses (GONZALEZ, G. *et al.* 2017) até 7 anos (DACHEW, B.A., *et. al.*, 2021) na última avaliação. A avaliação também pode ter sido realizada uma única vez (NIX, L., *et. al.*, 2021).

Os fatores do desenvolvimento afetados, expostos na pesquisa foram comportamentais (NETSI, E. *et. al.*, 2018; DACHEW, B.A., *et. al.*, 2021; FALESCHINI S., *et. al.*, 2019; KINGSTON, D., *et. al.*, 2018), de linguagem (AOYAGI, S. S. *et. al.*, 2019; NIX, L., *et. al.*, 2021; GONZALEZ, G. *et. al.* 2017; CHOE, D. E., *et. al.*, 2020.), cognitivos (NETSI, E. *et. al.*, 2018; FALESCHINI S., *et. al.*, 2019; COSTA, V. P. P *et. al.*, 2017; NIX, L., *et. al.*, 2021), emocionais (NIX, L., *et. al.*, 2021; COSTA, V. P. P *et. al.*, 2017; WALKER, A. L., *et. al.*, 2020; YSTROM, E., *et. al.*, 2017), resultados adversos na saúde (DADI, A.F., *et. al.*, 2021; COBURN, S.S., *et. al.*, 2018.), social (ABDOLLAHI F.; REZAI ABHARI F.; ZARGHAMI M., 2017; CHOE, D. E., *et. al.*, 2020.; BINDA, V., *et. al.*, 2019) e físico (WEN, D.J., *et. al.*, 2017; EICHLER, J. *et. al.*, 2021; FAREWELL, C.V., *et. al.*, 2021).

A tabela 5 traz informações sobre autores, população avaliada, qual estudo a pesquisa está baseada, instrumentos utilizados e quais os tipos de aspectos foram abordados no mesmo. A tabela 6 traz informações sobre os objetivos principais das pesquisas, seus desfechos e limitações.

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações

(continua)

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
1	NETSI, E. <i>et. al.</i> , 2018.	Examinar a associação entre os diferentes níveis de persistência e gravidade da depressão pós parto e os resultados a longo prazo da criança.	Mulheres com depressão persistente no ano pós-parto continuam a apresentar níveis elevados de sintomas depressivos até pelo menos 11 anos após o parto. Filhos de mulheres com PND persistente, especialmente quando grave, correm um risco aumentado de vários resultados adversos.	Tamanho relativamente pequeno da amostra de mães com DPN persistente e acentuada (n = 75) ou grave (n = 83).

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações (continuação)

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
2	AOYAGI, S. S. et. al., 2019.	Examinar se filhos de mães com DPP de início precoce ou tardio apresentam escores de linguagem expressiva reduzidos durante a primeira infância (até 40 meses de idade).	A exposição à DPP materna de início tardio está associada a um atraso no neurodesenvolvimento, essa associação não foi observada para DPP materna de início precoce; A DPP materna surgindo em 1-3 meses pós-parto foi um fator de risco para atraso no desenvolvimento da linguagem expressiva da prole; A exposição ao DPP de início tardio pode levar a um declínio persistente na taxa de desenvolvimento da linguagem expressiva na prole durante a primeira infância	Tamanho de amostra relativamente pequeno do grupo DPP de início tardio; Os dados dos questionários foram originalmente destinados à triagem e não ao diagnóstico; Não foi realizada avaliação aprofundada da sintomatologia depressiva; Dados auto-relatados;
3	DACHEW, B.A., et. al., 2021	Investigar a associação entre sintomas depressivos perinatais maternos e o risco de TDO em filhos de 7 a 15 anos.	Filhos de mães com sintomas depressivos pós-parto medidos em 8 semanas e 8 meses eram mais de 2 vezes mais propensos a ter um diagnóstico de TOD ao longo do tempo; Não foi observada associação entre sintomas depressivos maternos pré-natais com 18 semanas de gestação e TDO na prole; Os sintomas depressivos persistentes maternos estavam associados a um risco 4 vezes maior de TDO da prole ao longo do tempo.	Foram utilizadas medidas de sintomas depressivos em vez de um instrumento de diagnóstico
4	FALESCHINI S., et. al., 2019	Investigar as associações específicas dos períodos pré-natal e pós-natal de exposição a sintomas depressivos maternos com o desenvolvimento comportamental e cognitivo em crianças em idade escolar.	sintomas depressivos pré-natais foram associados a piores resultados comportamentais; Em relação ao desenvolvimento cognitivo, ter sintomas depressivos maternos altos no meio da gravidez foi associado a uma subescala verbal mais baixa; A alta exposição a sintomas depressivos maternos aos 6 meses pós-parto não foi associada ao desenvolvimento cognitivo infantil; A exposição a sintomas depressivos maternos aos 12 meses pós-parto foi associada a uma pior função executiva comportamental.	Os sintomas depressivos podem estar associados a outras psicopatologias e os relatos das mães sobre o desenvolvimento infantil podem ser tendenciosos
5	COSTA, V. P. P et. al., 2017.	Investigar a relação da sintomatologia da depressão e ansiedade materna persistente com o medo odontológico infantil	A prevalência de medo odontológico em crianças foi maior em filhos de mães mais jovens sendo associado à ansiedade odontológica materna e cárie materna experiência; A presença de sintomas depressivos foi associada a maior prevalência de medo odontológico em crianças, em comparação com filhos de mães sem sintomas; Mães com sintomas de depressão apresentaram prevalência de medo odontológico 40% maior do que filhos de mães não sintomáticas	Os sintomas relacionados a medo e ansiedade foram relatados pelas genitoras, gerando assim um possível viés. Além disso, todas as mães foram atendidas somente em postos de saúde, o que pode influenciar na percepção sobre os atendimentos.

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações (continuação)

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
6	NIX, L., <i>et. al.</i> , 2021.	O estudo teve como objetivo examinar o impacto da depressão perinatal materna no desenvolvimento socioemocional, cognitivo, de linguagem e comportamento adaptativo de crianças de 2 anos	Os dados deste estudo demonstram que os filhos de 2 anos de mães com depressão pré e pós-natal não apresentaram déficits significativos no desenvolvimento socioemocional, cognitivo ou de linguagem, quando comparados aos seus pares com mães não deprimidas.	As observações das crianças foram realizadas pela mãe, o que pode indicar um viés, já que as mães com DPP tendem a ver as crianças de forma negativa; O estudo foi realizado por auto-observação; A maioria das mulheres nas amostras eram altamente escolarizadas, empregada e casada ou em união estável, o que limita a generalização dos resultados
7	GONZÁLEZ G., <i>et. al.</i> , 2017.	Avaliar o impacto da DPP no desenvolvimento infantil	A DPP em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica apresenta um alto impacto no desenvolvimento infantil aos 18 meses. As áreas mais afetadas foram a linguagem e as habilidades sociais.	Não foi especificado como foi realizado o tratamento estatístico; A homogeneização favoreceu os resultados, mas não possibilita a generalização dos mesmos.
8	DADI, A.F., <i>et. al.</i> , 2021.	Avaliar a incidência de diarreia, infecção respiratória aguda (IRA) e desnutrição entre crianças de até 6 meses em Gondar, Etiópia, e se existe uma relação causal entre a depressão perinatal e cada um desses desfechos	Não houve efeito indireto da depressão pré-natal via depressão pós-parto no risco de diarreia, IRA ou desnutrição; não houve efeito indireto da depressão pré-natal sobre o risco de desnutrição por BPN ou início precoce da amamentação. Também não houve interações significativas entre depressão pré-natal e pós-natal com apoio social, apoio do parceiro e capacidade de enfrentamento do estresse sobre o risco de diarreia, IRA e desnutrição	Mulheres com alta probabilidade de ter depressão grave foram excluídas; Crianças menores que 4 meses foram excluídas.
9	ABDOLLAHI F.; REZAI ABHARI F.; ZARGHAMI M., 2017.	Observar as crianças de 4 anos com deficiências do desenvolvimento, filhos de mulheres com DPP.	Mulheres com DPP foram menos prováveis de alimentar seus bebês; Mulheres com DPP tiveram mais probabilidade de ter um filho com doenças agudas e crônicas e seu filho usava mais medicação diária até os quatro anos.	As observações das crianças foram realizadas pela mãe; O estudo não examinou a exposição contínua da DPP durante os 4 anos; Fatores socioeconômicos não foram avaliados; Estudo realizado por auto-observação.
10	WEN, D.J., <i>et. al.</i> , 2017	Examinar as contribuições dos sintomas depressivos maternos pré-natais e pós-natais para o volume e microestrutura da amígdala em meninos e meninas de 4,5 anos.	Os principais efeitos permaneceram amplamente semelhantes quando os sintomas depressivos maternos pré-natais e pós-natais foram considerados em modelos separados. Houve uma tendência de efeito significativo para sintomas depressivos maternos pré-natais em relação ao volume da amígdala esquerda; Os efeitos dos sintomas depressivos maternos pré-natais e pós-natais nos volumes da amígdala na amostra de meninos foram os mesmos da amostra completa	Temas como a caracterização dos participantes e os critérios de inclusão não foram descritos, além disso a dinâmica da intervenção não foi exposta.

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações (continuação)

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
11	WALKER, A. L., et. al., 2020	Examinar as contribuições dos sintomas depressivos maternos pré-natais e pós-natais para o volume e microestrutura da amígdala em meninos e meninas de 4,5 anos.	O estudo revelou que maiores sintomas depressivos maternos pré-natais predisseram um maior volume da amígdala direita nas meninas, enquanto sintomas depressivos maternos pós-natais associados à microestrutura da amígdala direita na amostra geral e nas meninas, mas não nos meninos.	O estudo não apresentou claramente a caracterização dos participantes, os critérios de inclusão e a dinâmica da intervenção não foi exposta.
12	COBURN, S.S., et. al., 2018.	Examinar a relação dos sintomas depressivos pré-natais com os problemas de saúde do bebê de 12 semanas; Avaliar se os sintomas depressivos pré-natais predizem a saúde infantil acima e além da previsão de sintomas depressivos maternos concomitantes; Avaliar os resultados de nascimento medidos objetivamente (peso ao nascer, idade gestacional) e o aleitamento materno como mediadores da relação dos sintomas depressivos pré-natais com as preocupações com a saúde infantil	Os sintomas depressivos pré-natais foram positivamente correlacionados com preocupações com a saúde do bebê de 12 semanas e sintomas depressivos de 12 semanas; Sintomas depressivos pré-natais predisseram significativamente mais problemas de saúde infantil em doze semanas; Os sintomas depressivos pré-natais permaneceram um preditor estatisticamente significativo de preocupações com a saúde infantil; A depressão concomitante também foi associada a mais preocupações com a saúde infantil; Nenhum dos caminhos indiretos da depressão pré-natal para problemas de saúde foi significativo	Amostra resumida a poucos tipos de população; O estudo foi composto por mulheres de uma só população, dificultando a generalização, além disso a depressão foi auto relatada.
13	EICHLER, J. et. al., 2021	Examinar a influência de sintomas depressivos e estresse durante a gravidez na idade gestacional ao nascimento e IMC infantil padronizada	Os sintomas depressivos e o estresse de significância clínica predisseram significativamente um IMC infantil maior ao nascimento e uma idade gestacional menor ao nascimento, respectivamente; Sintomas depressivos clinicamente relevantes durante a gravidez podem aumentar indiretamente o risco de sobrepeso e obesidade em crianças; Não há influência significativa de sintomas depressivos durante a gravidez no IMC infantil em $n = 168$ a 12.391 crianças até 3 anos de idade; É provável que as características da criança (ou seja, sexo da criança e antropometria) tenham um impacto mais forte no desenvolvimento do IMC da criança do que problemas de saúde mental materna durante a gravidez.	A pesquisa não apresentou os critérios de exclusão e os seus resultados demonstrara-se rasos e não generalizáveis.

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações (continuação)

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
14	YSTROM, E., et. al., 2017.	Explorar a direção da causalidade entre o transtorno mental materno saúde e despertares noturnos da criança aos 6 e 18 meses de idade	Fatores específicos da criança para ansiedade materna e despertares noturnos da criança foram associados negativamente aos 18 meses após o nascimento; Demonstrou-se que o aumento nos sintomas maternos de ansiedade ou depressão pode levar a um aumento nos despertares noturnos simultâneos da criança, e está de acordo com os sintomas maternos de ansiedade e depressão; Não houve associação entre saúde mental materna e despertares noturnos infantis; Foram observadas evidências relacionadas a fatores de confusão específicos da criança para sintomas maternos de ansiedade e despertares noturnos da criança aos 18 meses após o nascimento, mas esses fatores contribuíram para uma associação negativa.	A avaliação dos problemas de sono foi limitada a um único item sobre despertares noturnos relatados pelos pais, e os resultados não podem ser generalizados para outras dificuldades de sono, por exemplo, problemas de início do sono/dificuldade em iniciar o sono, o estudo incluiu apenas mulheres com dois ou mais filhos. Isso poderia reduzir a generalização para mães que têm apenas um filho
15	FAREWELL, C.V., et. al., 2021	Investigar trajetórias de depressão desde o período pré-natal até 54 meses pós-parto e associações com o índice de massa corporal infantil aos 54 meses pós-parto.	Tanto a depressão pré-natal quanto a taxa de mudança da depressão nos períodos perinatal e pós-parto foram associados ao IMC da criança aos 54 meses pós-parto. Após controlar as características sociodemográficas, a depressão pré-natal, mas não a inclinação da depressão, permaneceu significativamente associada ao IMC infantil. Ao controlar o IMC pré-gestacional materno, o efeito da depressão pré-natal no IMC da criança aos 54 meses foi totalmente atenuado.	Alguns efeitos apresentados no estudo foram fracos, mas por conta do tamanho da amostra, foram significativos.
16	Kingston, D., et. al., 2018	Identificar grupos distintos de mulheres definidos por suas trajetórias de sintomas depressivos em quatro momentos do meio da gravidez até um ano pós-parto; e examinar as associações entre essas trajetórias e comportamentos internalizantes e externalizantes da criança.	A proporção de crianças com sintomas de comportamento elevados foi maior para crianças cujas mães apresentavam sintomas depressivos elevados persistentes, seguidas por mães com sintomas moderados; Os achados de comportamento externalizante, a proporção de crianças com problemas internalizantes (sintomas emocionais/ansiedade e sintomas de ansiedade de separação) aos três anos foi maior para crianças cujas mães apresentaram sintomas depressivos mais graves durante o período perinatal e pós-parto precoce. A relação entre trajetórias de depressão materna e problemas de comportamento das crianças predisseram características sócio demográficas, infantis e psicossociais na gravidez, no pós-parto precoce e fatores concomitantes em três anos	Os sintomas comportamentais da criança foram ambos baseados no relato materno usando medidas padronizadas de sintomas, não entrevistas de diagnóstico clínico.

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações (continuação)

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
17	CHOE, D. E., <i>et. al.</i> , 2020	Investigar mudanças discretas nos sintomas depressivos pós natais das mães, seus antecedentes pós-parto e diferenças nos problemas de comportamento emergentes da prole e habilidades de vocabulário no final da primeira infância	As crianças mostraram mais problemas de comportamento e vocabulários receptivos menores em infância tardia; Ao contabilizar apenas covariáveis significativas, apenas crianças de mães com trajetórias crescentes de DPP graves mostraram vocabulários mais internalizantes e mais pobres do que os descendentes de mães com sintomas leves, bem como vocabulários menores do que crianças de mães com sintomas moderados; Filhos de mães com piora dos sintomas depressivos pontuaram mais baixo em receptivo vocabulário aos 33 meses em todas as análises	Os instrumentos utilizados foram inconsistentes. As questões de inclusão não foram apresentadas. As observações das crianças foram realizadas pela mãe, o que pode indicar um viés
18	BINDA, V., <i>et. al.</i> , 2019.	Avaliar a associação entre risco de atraso no desenvolvimento psicomotor (RDSM) e a) qualidade da interação mãe-filho; b) sintomas depressivos pós-parto etc) outros fatores relacionados ao cuidado e ao contexto, em lactentes saudáveis de risco psicossocial atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) em Santiago, Chile.	Associação positiva entre a baixa qualidade da interação mãe-bebê com a presença de risco de RDSM em bebês saudáveis em risco psicossocial. A baixa qualidade da interação mãe-filho aumenta em 2,4 vezes a chance de apresentar risco de RDSM, ajustando para variáveis sabidamente associadas ao RDSM. Não foi observada associação significativa entre sintomas depressivos pós-parto e risco de RDSM. Outros fatores de risco detectados neste estudo foram: AME < 6 meses ou idade de entrada no estudo e falta de envolvimento do pai nos cuidados da criança. Verificou-se nas díades chilenas que a presença de baixa qualidade da interação de vínculo mãe-filho no primeiro ano de vida está associada a uma maior presença de problemas no desenvolvimento infantil em bebês. A ausência de associação entre sintomas depressivos pós-parto e RDSM. Os fatores de cuidado e contexto estão inter-relacionados, uma mãe que tem um pai que apoia o cuidado do filho apresenta menos estresse e menor chance de apresentar sintomas depressivos; 20% das crianças estavam em risco de RDSM.	Foi observado apenas associação entre as variáveis não havendo a identificação de como a qualidade da interação e os sintomas depressivos observados no desenvolvimento psicomotor dessas crianças no futuro influenciam. Também não foi identificado se a baixa qualidade da interação observada se deve em parte à presença de RDSM, na literatura postula-se que essa influência seja recíproca, pois a interação é mais desafiadora com uma criança que não apresenta o esperado desenvolvimento.

Tabela 6 - Objetivos, desfechos e limitações (conclusão).

	ESTUDO	OBJETIVOS	DESFECHO	PRINCIPAIS LIMITAÇÕES
19	GONZALEZ, G. <i>et al.</i> 2017	Analisar a associação entre DPP aos 6 meses pós-parto e distúrbios do neurodesenvolvimento aos 18 meses, em uma população homogênea caracterizada por baixo nível socioeconômico e cultural.	Na população estudada, não foram encontradas diferenças significativas entre a persistência do aleitamento materno aos 6 meses e o desenvolvimento aos 18 meses, a associação positiva é descrita principalmente em níveis socioeconômicos elevados; Apesar de serem observados menores quocientes de desenvolvimento em toda a população analisada, a diferença foi estatisticamente significativa no desenvolvimento global, social e de linguagem sem comprometer as áreas motora e de coordenação nos filhos de mães com DPP. A linguagem foi a área mais comprometida clinicamente, localizada na zona tardia; A DPP continua sendo um importante preditor dos resultados do desenvolvimento infantil aos 18 meses, principalmente nas áreas sociais, elemento que é um claro indicador de risco futuro de alterações comportamentais e emocionais	A pesquisa não apresentou muitos detalhes em seus resultados, mesmo os instrumentos sendo consistentes. As observações das crianças foram realizadas pela mãe

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1. ASPECTOS COMPORTAMENTAIS

Netsi *et. al.*, (2018) em seu estudo, utilizou o EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) para avaliar a presença de depressão pós parto em mães. O instrumento apresenta um intervalo de pontuação de 0-30 para identificar a presença de sintomas de depressão nas genitoras, onde para a pesquisa foram definidos três níveis de gravidade: Ausência de depressão: 0 a 12 pontos; Depressão moderada: 13 a 14 pontos; Depressão: 15 a 16 pontos; Depressão grave: 17 ou mais pontos. O objetivo do estudo foi realizar uma associação entre a presença de depressão em mães e resultados adversos na saúde. Na pesquisa, os resultados adversos na saúde foram definidos como atrasos no desenvolvimento cognitivo e de linguagem e taxas mais altas de problemas comportamentais, sendo estes inseguros ou desorganizados.

Para realizar a avaliação dos problemas comportamentais, foi utilizado a Escala de Problemas Totais de Rutter (ELANDER; RUTTER, 1996), a escala é composta por 36 itens, agrupados em três subescalas que visam investigar a

presença de problemas na Saúde (oito itens), Hábitos (sete itens) e Comportamentos (vinte e um itens). Os itens são compostos por afirmações e três alternativas para respostas, onde cada resposta pode obter a pontuação no valor de 0 (o problema não ocorre); 1 (o problema ocorre de forma ocasional ou moderada); 2 (o problema ocorre de forma frequente ou intenso).

Durante o estudo, foi observado que crianças filhas de mães que apresentaram depressão moderada (OR 2,22; IC 95%, 1,74-2,83) e grave (OR 2,39; IC 95%, 1,78-3,22), não persistente (ou seja, a depressão continuou apenas nos 2 primeiros meses após o parto) demonstraram mais distúrbios comportamentais infantis. Já filhos de mulheres com depressão persistente, sendo esta com gravidade moderada (OR, 3,04; 95% CI, 2,10-4,38) ou alta (OR, 2,84; 95% CI, 1,71- 4,71) constataram maiores riscos comportamentais especificamente aos três anos de idade. Ou seja, filhos de mulheres que apresentam depressão pós parto, sendo ela apresentada no início ou fim da gravidez, persistente ou não, manifestaram um risco aumentado de apresentarem distúrbios comportamentais infantis, mesmo que em idades variadas.

Utilizando a mesma escala de Depressão Pós-Natal com as mães, Dachew, B. A. (*et al.*, 2021), avaliou nas crianças e adolescentes a associação entre a depressão materna e a presença de Transtorno Desafiador Opositor (TOD) em crianças, através da Avaliação de Desenvolvimento e Bem-Estar (DAWBA). O DAWBA é um instrumento que utiliza os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM, para avaliar a presença de transtornos mentais em crianças e adolescentes (AEBI, M. *et al.*, 2012).

A pesquisa de Dachew, B. A. (*et al.*, 2021) teve como resultado a descoberta de que sintomas depressivos persistentes na mãe estavam associados a um risco quatro vezes maior para o desenvolvimento de TOD da prole ao longo do tempo (AOR, 3,59; IC 95%, 1,98-6,52; $P < 0,001$). Esse resultado foi medido em quatro momentos diferentes (aos 7, 10, 13 e 15 anos de idade da criança).

Além disso, já haviam evidências de que os filhos de mães com sintomas depressivos medidos em oito semanas e também em oito meses pós gestação eram duas vezes mais propensos a ter um diagnóstico de TOD ao passar do

tempo (AOR em 8 semanas: 2,24 [IC 95%, 1,74-2,90]; AOR em 8 meses: 2,04 [IC 95%, 1,55-2,68]). Esse resultado foi obtido através de análises multivariadas Generalized Estimating Equation (GEE).

Em seu estudo, Faleschini S., (et al. 2019), utilizando o Inventário de Avaliação Comportamental da Função Executiva (BRIEF), identificou que exposições a sintomas depressivos maternos elevados no meio da gravidez levariam a pontuações mais baixas na função executiva comportamental. O BRIEF foi desenvolvido com o intuito de avaliar funções executivas, avaliar comportamentos, planejamentos e organização, além de controle de impulsos inadequados e controle emocional (GIOIA, et. al., 2022)

Além disso, os resultados comportamentais obtidos através da Escala Total de Dificuldades (SDQ) traz que estes são alterados negativamente com a presença de sintomas depressivos pré-natais (IC 95% (0,43, 3,14)). A SDQ é uma escala que avalia comportamentos em cinco categorias (pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de pares), sendo utilizado frequentemente em pesquisas para ambientes clínicos e é válido e confiável entre crianças de 4 a 16 anos (GOODMAN, et. al., 2001).

O resultado não foi o mesmo ao ser avaliado o desenvolvimento comportamental no período em que a depressão ocorreu no pós natal, após o ajuste aos fatores de confusão (1.20 (-0.10, 2.50)).

Kingston, et. al. (2018) também utilizou a EPDS para avaliar os sintomas de depressão. Para avaliar o comportamento das crianças foi utilizado a Escalas de Comportamento desenvolvido para a Pesquisa Longitudinal Nacional Canadense de Crianças e Jovens (NLSCY), este instrumento foi construído baseando-se na Lista de Verificação do Comportamento Infantil (CBCL). A escala utilizada é composta por 25 itens que atendem a comportamentos internalizantes como hiperatividade, desatenção e agressão física; e comportamentos externalizantes como transtorno emocional, ansiedade e ansiedade de separação. As respostas para todos os itens podem receber a pontuação máxima de 3 pontos, através de uma escala likert, onde pontuações mais elevadas indicam mais problemas comportamentais (STATISTICS CANADÁ, 2007).

Segundo a pesquisa de Kingston *et. al.* (2018), ter mães com depressão precoce (AOR 1,84 95% CI 1,24–2,74), subclínica (AOR 1,46, 95% CI 1,04–2,06) ou alta (AOR 2,17, 95% CI 1,22–3,88) estava associada a um risco aumentado de apresentação de sintomas como alta hiperatividade e desatenção, e ansiedade de separação. Porém, a trajetória de sintomas depressivos não foi associada ao risco da apresentação de sintomas emocionais ansiosos.

Para os quatro comportamentos estudados, em todos, a proporção de alterações comportamentais elevadas foi maior em mães que apresentavam sintomas depressivos, podendo ser eles altos e persistentes, moderados e mínimos.

4.2. ASPECTOS COGNITIVOS

Netsi *et. al.*, (2018) teve como um de seus objetivos avaliar a presença de problemas cognitivos e para isso utilizou dados como as notas de matemática, dos filhos, ao completarem 16 anos de idade e depressão nos mesmos, aos 18 anos de idade (Medido através do Cronograma de Entrevista Clínica - Revisado).

Os resultados para filhos de mães com DPP não persistente, não foi associado com risco aumentado para o nível cognitivo, sistematizadas no estudo através de notas de matemática mais baixas, porém ao observarmos os níveis de depressão nesse público, podemos identificar números relevantes já que os filhos apresentaram taxas mais altas de depressão aos 18 anos de idade (OR, 2,34; IC 95%, 1,03-5,29).

Para a medida de resultados cognitivos no desenvolvimento infantil, Faleschini S., *et. al.* (2019), foi além, utilizando instrumentos como o Teste de Inteligência Breve de Kaufman, Segunda Edição (KBIT-2) para medir a inteligência verbal e não verbal. O teste referido é constituído por sub-testes denominados vocabulários e matrizes, possuindo normas para pessoas que têm de quatro anos a até noventa anos de idade. O KBIT traz scores de QI Total, além dos de vocabulário e das matrizes.

Para rastrear as habilidades visuomotoras, foi utilizado o subteste de desenho Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities (WRAVMA). O

WRAVMA consiste em uma avaliação, onde através de três testes percebe as questões visuomotoras, habilidade motoras finas, habilidades viso-espaciais. As pontuações do teste são padronizadas, onde os maiores scores significam melhor desenvolvimento (ADAMS; SHESLOW, 1995).

Para identificar a memória visual (memória de design e memória de imagem) foi utilizado o Índice de Memória Visual da Avaliação de Ampla Variação de Memória e Aprendizagem - Segunda Edição (WRAML). O teste apresentado é um instrumento psicométrico que tem como objetivo avaliar a capacidade de memorizar e aprender diversos tipos de informações (memorização para histórias, aprendizados verbais, memória visual), de forma ativa, estando na idade de 5 a 17 anos (ADAMS; SHESLOW, 1990).

Na pesquisa de Faleschini S., *et. al.* (2019), as mães que foram expostas durante a gravidez a sintomas depressivos, não tiveram qualquer associação com filhos com resultados cognitivos abaixo da média. Além disso, a exposição a sintomas depressivos durante os 12 meses pós parto, foi associada a menor memória de imagens WRAML (-0,93 pontos, IC 95% (-1,79, -0,08)), não tendo relação com o desenvolvimento cognitivo geral. Desse modo, a pesquisa de Faleschini S., *et. al.* (2019) demonstrou a falta de associações entre a depressão materna pré-natal e o desenvolvimento cognitivo aos 3 anos de idade, tendo como efeito a longo prazo desconhecido.

Em outra pesquisa sobre o mesmo tema, Costa *et. al.* (2017), avaliou a presença do medo odontológico em crianças com mães com DPP. O medo foi avaliado utilizando a escala Dental Anxiety Question (DAQ) e a presença de depressão materna foi medida através do Inventário de Depressão de Beck (BDI)-II20.

A escala DAQ é composta por quatro perguntas que apresentam respostas de múltipla escolha, abordando reações possíveis que o paciente poderia vir a ter no momento em que está no dentista. As respostas são compostas por uma escala likert de 5 pontos, onde 1 (um) descreve estar calmo e 5 (cinco) estar extremamente ansioso (score 5) (CARVALHO *et al.*, 2012).

O BDI é um questionário composto por 21 (vinte e um) itens que medem sintomas de ansiedade e depressão. O questionário é realizado por autorrelato, contendo afirmações descritivas sobre os sintomas que podem ser avaliadas em

uma escala de 4 (quatro) pontos onde o primeiro indica que a presença de determinados quesitos é inexistente e o último que a presença existe e é difícil de suportar.

O autor identificou que filhos de mães com sintomas de depressão apresentaram prevalência de medo odontológico 40% maior do que filhos de mães não sintomáticas, trazendo como explicação a interação entre ambas das partes abaixo do ideal o que pode, por sua vez, ter um efeito adverso no desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança (COSTA *et. al.*, 2017).

Sobre o mesmo tema, NIX, L., *et. al.* (2021) utilizou a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil – 3ª Edição (BSID-III) para avaliar o desenvolvimento cognitivo e de linguagem; e a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (HAM-D) para avaliar a depressão em mães.

A escala Bayley é um instrumento que avalia os níveis cognitivos, de linguagem e motor através de subescalas. Sua aplicação é realizada através de atividades e brincadeiras entre o aplicador e a criança, estas que promovem a interação. A escala avalia crianças com a idades de 1 (um) a 42 (quarenta e dois) meses (ALVES *et. al.*, 2021).

Já a Avaliação de Hamilton é composta por 17 (dezesete) itens, através de uma escala Likert, onde as respostas podem pontuar de 0 (zero) a 4 (quatro) de acordo com os sintomas. As afirmações correspondem a como o indivíduo tem se sentido nos últimos sete dias, podendo as respostas finais variarem desde 0 (zero) a 52 (cinquenta e dois) pontos. Para ser avaliada a presença de depressão, os scores devem pontuar no mínimo 8 (oito) pontos.

Nas pesquisas de Nix (*et. al.*, 2021), no que se refere a cognição, não foram identificados escores cognitivos das crianças significativamente associados aos níveis de depressão materna pré-natal ou pós-natal. Segundo o autor, esse resultado pode ter ocorrido por conta do tamanho da amostra utilizada na pesquisa.

4.3. ASPECTOS LINGÜÍSTICOS

Para avaliar a linguagem expressiva da criança, Aoyagi *et al.* (2019), fez uso da Escala de Aprendizagem Precoce de Mullen (MSEL; Mullen, 1995). Esta

escala foi desenvolvida para medir, em crianças, aspectos relacionados ao neurodesenvolvimento geral até os cinco anos de idade. Abrangendo cinco domínios (Linguagem Expressiva, Linguagem Receptiva, Recepção Visual, Motor Grosso e Motor Fino), Aoyagi *et al.* (2019) utilizou a linguagem para identificar a formação de conceitos de nível alto, respostas verbais e vocais direcionadas e falas espontâneas das crianças. A escala é composta por 28 itens com pontuação total variando de 0 a 50, organizada hierarquicamente por níveis do desenvolvimento infantil.

Para a avaliação da depressão pós parto foi utilizado a escala pós natal de Edinburgh. Através da pesquisa, foi possível associar a presença de DPP com mudanças significativas na linguagem expressiva, onde os seus scores apresentavam um padrão decrescente de acordo com a idade dos bebês que foram expostos a DPP com início tardio (mudança de desvio por mês, $-0,019$; $p=0,002$). Esse resultado não foi apresentado da mesma maneira quando a DPP teve início de forma precoce (variação por mês, $-0,006$; $p=0,14$).

NIX, L., *et al.*, (2021) através da Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil – 3ª Edição (BSID-III), apresentada no tópico anterior, avaliou também os aspectos linguísticos, mas não identificou uma associação direta entre a depressão pós parto e o desenvolvimento da linguagem em crianças.

Já Gonzalez, *et al.* (2016), utilizou a Escala de Beck como instrumento de avaliação da depressão pós parto, e para a avaliação do desenvolvimento cognitivo foi utilizado o teste de Brunet-Lézine. A Escala de Beck foi especificada anteriormente, já o teste de Brunet-Lézine, também conhecido como Escala de Desenvolvimento Psicomotor da Primeira Infância, tem como objetivo avaliar áreas do desenvolvimento como a postura, linguagem, sociabilidade e coordenação óculo-motriz, em crianças de 1 (um) a 30 (trinta) meses. A escala é composta por 150 (cento e cinquenta) itens, onde 10 (dez) desses são itens para testagem;

Segundo o estudo, a relação entre a DPP e o desenvolvimento cognitivo infantil foi estatisticamente significativa, sendo voltada para as áreas de linguagem (IC 95% 71,99-76,22) e desenvolvimento global (IC 95% (75,36-78,57)). Desse modo, no estudo, sendo analisado os fatores do desenvolvimento, apresentou-se diferenças significativamente relevantes nas

questões de desenvolvimento global, social e de linguagem sendo a linguagem a área mais comprometida (IC 95% 71,99-76,22).

No estudo de Choe *et. al.* (2020) as mães utilizaram a Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) para avaliação dos sintomas depressivos. O instrumento faz uso de uma escala de resposta de quatro pontos, onde 0 equivale a menos de 1 dia e 3 equivale de 5 a 7 dias. O CES-D é usado como dispositivo de triagem clínica com pontuação de corte de 16 pontos. Para avaliar a criança, foi utilizada a Lista de Verificação do Comportamento Infantil para Idades de 2–3 anos (CBCL/2–3; Achenbach, 1992). Esta escala avalia comportamentos externos e internos, onde os primeiros são avaliados através de 26 itens, indicando comportamentos destrutivos e agressivos. Já os internos são avaliados através de 25 itens indicando comportamentos ansiosos, retraídos e deprimidos.

Além disso, no mesmo estudo o vocabulário receptivo da criança, através do Peabody Picture Vocabulary Test– 3ª Edição (PPVT–III). O teste tem em sua composição 144 (cento e quarenta e quatro) itens com 04 (quatro) figuras em cada página, que devem ser identificadas de acordo com a solicitação do aplicador. O teste pode ser realizado em crianças de 02 anos e 06 meses (dois anos e seis meses) a 18 (dezoito) anos de idade, avaliando pessoas, ações, tempo, lugares, entre outros quesitos. Os níveis variavam de acordo com a idade da criança e no final os scores eram convertidos em pontuações, que variavam de acordo com o nível da criança.

Através das escalas, foi percebido que as crianças que eram expostas a mães com sintomas depressivos graves durante a primeira infância apresentavam mais problemas de comportamento e de vocabulários receptivos, ou seja, mais pobres e internalizantes, como o inibido e o tímido-ansioso, trazendo também problemas de ansiedade.

4.4. ASPECTOS EMOCIONAIS

Em seu estudo, NIX, L., *et. al.*, (2021) utilizou a escala socioemocional Bayley (BSID-III) que é caracterizada como um questionário de 35 itens para ser respondido por mães, escala esta que já foi descrita anteriormente. O objetivo

era avaliar a presença de escores socioemocionais em filhos de mães que tinham DPP e aquelas que não tinham sido expostas ao fenômeno. O resultado da pesquisa apresentou a ausência de diferença significativa entre os grupos avaliados (Deprimido, História de Depressão e Controle), em crianças com 2 anos de idade.

WALKER, A. L., *et. al.*, (2020) utilizou a versão holandesa validada do Center for Epidemiologic denominada Escala de Depressão de Estudos (CES-D) para avaliar a presença de sintomas depressivos pós parto. A CES-D verifica a frequência de sintomas depressivos apresentados durante a última semana através de 20 (vinte) itens, estes que podem ser classificados em uma escala de 04 (quatro) pontos onde de 0 a 3, os sintomas são apresentados nenhuma vez, ou raramente e a partir de 3 os sintomas são apresentados na maioria das vezes ou todas as vezes.

Nas crianças, os problemas emocionais foram avaliados através do Questionário de Forças e Dificuldades (SDQ) em sua versão holandesa. O questionário era preenchido pela criança e por um professor e contém cinco subescalas, totalizando 25 itens. Cada item pode ser avaliado em 3 pontos (0= não verdadeiro, 3= certamente verdadeiro). Pontuações mais altas indicariam maiores riscos para problemas emocionais.

Sintomas depressivos maternos foram correlacionados positivamente com problemas emocionais infantil as 11 e 12 anos de idade. Além disso, houve diferença no que se diz respeito ao sexo, já que os meninos apresentaram menores escores que as meninas nos problemas emocionais (Meninos: M= 0,11, SD= 0,94/ Meninas: M= 0,13, SD= 1,04).

Em sua pesquisa, YSTROM, E., *et. al.*, (2017) utilizou o instrumento Hopkins Symptom Checklist (SCL-8; TAMBS; MOUM, 1993) para avaliar os sintomas de depressão. O questionário foi aplicado aos 6 e 18 meses após o parto e é composto por quatro itens direcionados a DPP. A pesquisa mediu também a presença de despertares noturnos através da pergunta: “Com que frequência seu filho acorda hoje em dia?” Foram categorizados três tipos de respostas: “3 ou mais vezes por noite”, “1-2 vezes por noite”, “3 ou mais vezes por noite”, “1-2 vezes por noite”, “Várias vezes por semana”, “Várias vezes ou nunca”.

Segundo os resultados, os sintomas de depressão materno podem levar a um aumento de despertares noturnos e simultâneos nas crianças aos 18 meses de idade (0,12 (0,06; 0,17) 0,00), mas não aos seis meses.

4.5. ASPECTOS SOCIAIS

Abdollahi, F., *et al.* (2017) utilizaram a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) para identificar a presença de DPP e o Ages and Stages Questionnaire (ASQ). Este último sendo um instrumento de triagem do desenvolvimento infantil que avalia cinco domínios (motor fino, resolução de problemas, comunicação, motor grosso e pessoal-social). A avaliação foi realizada em dois momentos: O primeiro ocorreu de duas a doze semanas pós-parto e o segundo quando as crianças tinham 4 anos de idade. Determinados resultados foram obtidos: Mulheres com DPP apresentaram a maior probabilidade de terem filhos com deficiências nos domínios motores grossos e domínio pessoal social.

Já as mães que apresentaram a depressão pós parto, esta que perdurava até o momento atual tinham maior probabilidade de ter filhos, estes que após quatro anos de idade poderiam desenvolver algum tipo de deficiência na maioria dos domínio apontados pelo questionário utilizado, como a motricidade fina, grossa e os aspectos pessoais-social. [(OR=2,59, IC 95%=1,16-5,78; OR= 4,34, IC 95%= 2,10-8,96 e OR= 5,66, IC 95%= 1,94-16,54, respectivamente) e (OR= 3,35, IC 95%= 1,31-8,58; OR= 4,15, IC 95%= 2,72 em 13,87 e OR= 6,17, IC 95%=1,95-19,53, respectivamente).

Dessa forma, com o estudo pode-se inferir que a DPP foi um fator essencial para o desdobramento das deficiências nos domínios ligados ao desenvolvimento infantil, estas apresentadas anteriormente, se nos dois momentos de avaliação as mulheres apresentassem a depressão.

Choe, D. E., *et al.*, (2020) traz outro resultado, a díade mãe e filho foi avaliada aos 7,15 e 33 meses de idade. As genitoras responderam o instrumento desenvolvido pelo Centro de Estudos Epidemiológicos – Escala de Depressão (CES D). Esse instrumento é utilizado para a triagem clínica, com pontuação corte de 16 pontos. A pontuação máxima se dá com vinte pontos e os sintomas

são percebidos através de uma subescala com alternativas comportas por quatro pontos, sendo elas 0 (menos de 1 dia) a 3 (5-7 dias).

A socialização foi medida através de vários instrumentos. O primeiro, denominado Escala de Apoio Social, onde as mães foram solicitadas a circular quais as respostas que melhor descreviam qual ponto elas sentiam a necessidade de ajuda ou assistência emocional. A escala não foi publicada, sendo desenvolvida para o próprio estudo.

Foi medido também a qualidade do relacionamento conjugal dos pais por meio da Escala de Ajustamento Didático de 32 itens (SPANIER, 1976). Através de itens que discorriam sobre finanças, religião e tarefas, os genitores deveriam assinalar, marcando a frequência da concordância ou discordância sobre os mesmos. Além disso foram vistos também a frequência de eventos específicos como a demonstração de afetos, discussões, consensos e coesões nas decisões, os itens foram avaliados através de uma escala likert de seis pontos onde: 0= nunca e 5= mais frequentemente). Pontuações mais altas indicavam maior ajustamento conjugal.

Também foi medido o estresse parental, através do índice Parental de Estresse (ABIDIN, 1997). A escala é responsável por avaliar os reforçamentos ofertados pelos pais a criança, a visão de aceitabilidade dos pais pela criança, as exigências da criança e o senso de competência dos pais no que se diz respeito a criança. Também é utilizada a escala likert de 5 pontos, onde valores maiores indicariam maiores níveis de estresses.

Os problemas regulatórios funcionais no bebê foram avaliados através do Crying Patterns Questionnaire (JAMES-ROBERTS; HALIL, 1991), esta escala mede o tempo de choro do bebê através de uma escala de três pontos (1= sem problemas a 3= problemas definidos). Além disso utilizou também, com as crianças a Lista de Verificação do Comportamento Infantil para idades de 2 a 3 anos (CBCL/2-3; ACHENBACH, 1992), questionário este que já foi descrito aqui anteriormente.

O vocabulário receptivo foi medido no mesmo estudo, através do Peabody Picture Vocabulary Test- 3ª Edição (PPVT-III), nele os examinadores solicitavam que as crianças selecionassem imagens que mais representavam a palavra dita em voz alta, como descrito em tópicos anteriores. Os resultados

obtidos indicaram que as crianças em que as mães tinham baixa depressão pós parto, apresentaram menos externalizações de comportamentos disfuncionais, menores vocabulários e problemas de comportamento do que aquelas mães que tinham DPP no nível moderado ou alto. Os achados do estudo mostram que as relações interpessoais, principalmente aquelas que se apresentam como situações estressoras ligadas a figuras de apoio ligados a família, aumentam a chance de DPP.

Além disso, as crianças demonstraram problemas relacionados ao comportamento e ao vocabulário receptivo quando as mães apresentavam níveis mais altos de DPP ou tiveram algum agravamento de sintomas depressivos na primeira infância.

Binda, *et. al.* (2019), buscou compreender os riscos psicossociais relacionados a depressão pós parto utilizando o Ages & Stages Questionnaire (ASQ Second Edition) versão traduzida para o espanhol. Foi avaliado também a interação entre a díade mãe-criança, através do CARE - Index Infants, este que é composto por a análise de uma gravação da brincadeira livre entre ambos os participantes, através de um vídeo de 3 minutos. Desse modo, é fornecido a pontuação (0-14) sobre a sensibilidade materna, onde pontuações mais baixas consideram baixa qualidade da interação (0-6).

Para a realização da avaliação dos sintomas de depressão pós parto, utilizou-se a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS). O estudo de Binda, *et. al.* (2019), foi o único que não apresentou associação entre os sintomas de depressão pós parto e o risco de atraso no desenvolvimento infantil, já que dos filhos das mães que apresentavam DPP, 25% apresentaram risco de atrasos em comparação com os filhos das mães que não continham sintomas, sendo estes 15,8% da amostra, o que não demonstrou uma relevância estatisticamente significativa ($C2= 2,35$ $p= 0,12$, $OR= 2,25$, 95% CI [0,84-3,72]).

4.6. ASPECTOS FÍSICOS

Os estudos relacionados aos aspectos físicos variam de acordo com as estruturas observadas. Decidimos reunir nesse tópico, todas as pesquisas que traziam a influência da depressão pós parto no desenvolvimento maturacional e corporal das crianças. Iniciando com o estudo de WEN, D.J., *et. al.*, (2017) que

examinou até que pontos os sintomas de DPP contribuíam para o desenvolvimento da estrutura da amígdala de crianças com, 4,5 anos de idade.

Foi administrado nas mães o questionário Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), juntamente com o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), ambos os instrumentos já foram descritos anteriormente. Já as crianças foram submetidas a exames de ressonância magnética aos 4,5 anos (± 1 mês). Análise da estrutura da ressonância magnética estrutural de ressonância magnética foi feita através do FreeSurfer, um software com ferramentas de neuroimagem para processamento, análise e visualização das mesmas.

Através do FreeSurfer foi possível rotular voxels e substâncias cinzentas, brancas, líquido cefalorraquidiano ou estruturas subcorticais (por exemplo, hipocampo, amígdala, tálamo, entre outras). Os resultados obtidos não demonstraram a presença de interação entre a depressão pós parto e a amígdala a esquerda ($\beta = 0,005$, $P = 0,944$, $df = 192$) ou direita ($\beta = 0,098$, $P = 0,141$, $df = 191$).

Foi percebido que os efeitos dos sintomas depressivos se apresentaram diferenciados, de acordo com os sexos. Nas meninas, os sintomas depressivos pré-natais indicaram um maior volume na amígdala direita (para as mães que foram acometidas pela depressão: $\beta = 0,219$, $P = 0,043$, $df = 99$; Mães sem depressão: $\beta = 0,195$, $P = 0,042$, $df = 100$). Ajustando para sintomas depressivos maternos pós-natais, percebeu-se que não houveram diferenças nos volumes da amígdala esquerda ($\beta = 0,009$, $P = 0,930$, $df = 99$) ou direita ($\beta = 0,050$, $P = 0,622$, $df = 99$). Nos meninos não percebeu-se diferenças nos grupos estudados.

EICHLER, J. *et al* (2021) estudou a influência da DPP no Índice de Massa Corporal (IMC) Infantil desde o nascimento até os 2 anos de idade. Os sintomas depressivos foram avaliados através do Patient Health Questionnaire (PHQ-D), instrumento este de autorrelato, desenvolvido para identificar os sintomas relacionados a transtornos mentais, de acordo com o DSM. No estudo foi utilizado o módulo de depressão, composto por 9 (nove) itens, onde os participantes devem avaliar a presença de sintomas nas últimas 2 (duas) semanas (onde 0= nenhum sintoma e 3= quase todos os sintomas).

Nas crianças foram medidos o peso e altura em vários momentos, desde o nascimento da criança até os 24 meses (2-4hs do nascimento; 6–7 meses; 10–

12 meses; e 21–24 meses) após o nascimento. O IMC foi calculado a partir desses dados, já que é considerado como o melhor preditor para a obesidade na primeira infância.

Os resultados antropométricos infantis, independentemente da idade foram maiores em crianças que estavam submetidos a estresses e sintomas depressivos das mães. Foi observado que os sintomas depressivos maternos predisseram de forma significativa um maior IMC infantil no nascimento e na idade gestacional. O crescimento intrauterino foi afetado, o que não ocorrem são modificações na gravidez ou no parto.

Além disso, os sintomas depressivos crônicos afetavam de forma mais evidente o IMC infantil, do que os episódicos. Os problemas relacionados a saúde mental durante o parto não demonstraram que haveriam complicações durante a gravidez.

Farewell, C.V., *et. al.*, (2021) investigou, em seu estudo, a depressão em mulheres gestantes, desde o período do pré-parto, até os 54 meses pós parto, realizando uma associação com IMC infantil no tempo final da pesquisa. Para isso, o autor utilizou o score z do IMC infantil aos 54 meses de idade (peso em quilogramas, dividido pela altura em metros ao quadrado). O escore z foi estabelecido de forma específica para o sexo e idade a partir dos Padrões de Crescimento da Força-tarefa Internacional de Obesidade (IOTF).

A depressão pós parto foi observada, aos 9 meses, através da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS). Aos 54 meses, o mesmo quesito foi avaliado utilizando-se o Patient Health Questionnaire, no item 9 (PHQ-9).

Em todos os momentos avaliados na pesquisa, durante os 54 meses acompanhados, o IMC das crianças foi significativamente correlacionado com a depressão apresentada pela mãe ($r= 0,06-0,08$, $p < 0,01$). Além disso, os scores de depressão, tanto pré-natal como pós natal foram correlacionados com o maior índice de IMC infantil ($B=0,09$, $p<0,01$). Após os fatores sociodemográficos serem controlados, essa correlação foi atenuada ($B= 0,05$, $p < 0,05$).

Dessa forma, percebeu-se que somando-se a DPP, as características sociodemográficas mais baixas, o IMC infantil apresentava-se mais alto. Os resultados apresentaram que os scores que continham dados sobre depressão

pré-parto foram associados em maior relevância, ao IMC infantil, do que a depressão durante o pós parto.

4.7. RESULTADOS ADVERSOS NA SAÚDE

DADI, A.F., *et. al.*, (2021), buscou estudar o risco de filhos de até 6 meses de idade, com mães acometidas pela depressão pós parto terem maior probabilidade de apresentarem diarreia, infecção respiratória aguda (IRA) e desnutrição. A desnutrição foi observada através da medição da circunferência do braço médio-superior (MUAC). Para a identificação de bebês com diarreia e com IRA de foi utilizado a diretriz de Doenças da Infância (Diarreia: Três ou mais episódios de fezes moles durante 24 horas/ IRA: Tosse ou resfriado apresentado em conjunto com febre e respiração acelerada).

Foi utilizado o Inventário de Enfrentamento Perinatal (PCI-4) para avaliar o enfrentamento do estresse materno na gestação. O inventário consiste na resposta de quatro categorias sobre o estilo de enfrentamento e sua gravidade durante o período gestacional.

Dentro dos modelos ajustados na pesquisa, não se observou relação entre a depressão pré-parto ou pós parto com o risco de diarreia (IC: 95%: $\bar{y}$ 21,0 18,5), o IRA (IC: 95%: $\bar{y}$ 22,0, 21,8) nem com o risco de desnutrição.

COBURN, S.S., (2018) utilizou a Escala de Depressão Pós Parto de Edimburgo (EPDS) para avaliar os sintomas de DPP, onde as pontuações dos itens foram somadas (pontuação máxima: 30; $\bar{y}$ pré-natal: 0,86; $\bar{y}$ de 12 semanas: 0,835). Os scores mais altos significavam maiores índices de depressão. Foi disponibilizado também o Questionário de Saúde do Bebê, composto por 8 itens (Gress-Smith et al. 2012), que deveria ser preenchido 12 semanas após o parto. O questionário em questão avaliava problemas de saúde como tosse, cólica, resfriado, vômitos, entre outros. Dados sobre o desfecho do nascimento e sobre a amamentação também foram coletados.

Segundo o estudo, os sintomas depressivos pós-natais demonstraram associação com os problemas de saúde infantil, em até 12 semanas (β = 0.06, SE= 0.01, $p < 0,001$; R^2 = 0.22, SE= 0.05, $p < 0,001$). Após este período, nenhum problema de saúde foi tido como relevante significativamente (idade gestacional p = 0,69; peso ao nascer p = 0,96; amamentação p = 0,91).

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo avaliou de maneira sistemática os estudos de coorte que examinaram a influência da depressão pós parto no desenvolvimento infantil. Dezenove estudos foram analisados detalhadamente pois atenderam aos critérios de inclusão e assim foram revisados.

É importante destacar que discrepâncias podem ser observadas primeiramente por conta da definição de depressão pós parto e o tempo para seu diagnóstico. Os resultados obtidos na pesquisa giraram em torno de resultados adversos no desenvolvimento, que para melhor compreensão do leitor, foram divididos em domínios específicos.

Os distúrbios de linguagem expressiva foram observados após os 18 meses de idade, principalmente ligados a linguagem expressiva em mães que apresentaram a DPP após os 4 meses de gestação. Os resultados apresentados corroboram com a ideia de Reilly (*et al.*, 2006) demonstrando que a linguagem expressiva, juntamente com as habilidades relacionadas a comunicação, apresenta seu desenvolvimento a partir de 1 ano de idade, havendo assim uma congruência entre tempo de sinais da DPP e o desenvolvimento da linguagem. Se faz necessário pensarmos sobre a influência da DPP tardia, já que como há uma maior duração dos sinais maternos sobre o crescimento da criança, poderia haver também um efeito mais duradouro sob o desenvolvimento (AOYAGI *et al.*, 2019).

Além disso, a evidência também pode ter sido obtida como o resultado da interação genitora-bebê, já que a provável ausência de respostas da mãe (por conta da DPP) prediz a uma falta de estimulação na linguagem expressiva, necessária para o seu aprimoramento, havendo assim somente o desenvolvimento de uma linguagem receptiva (TAMIS-LEMONDA, BORNSTEIN, BAUMWELL, 2001; PAAVOLA, KUNNARI, MOILANEN, 2005).

É importante lembrar que, um estudo analisado aqui (GONZÁLEZ, G., 2016) comparou diversos fatores do desenvolvimento, apresentando diferenças significativas nos fatores globais, sociais e de linguagem, demonstrando mais relevância no aspecto linguístico, sendo esta a área mais comprometida.

Os distúrbios comportamentais em crianças aos 3,5 anos foram apresentados como relevantes no estudo de Netsi E. *et. al.*, (2018), sendo estes números associados a DPP grave. Somando-se a ele, foram percebidos também um risco aumentado em quatro vezes mais para o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) nos filhos em que as mães apresentavam sintomas depressivos, bem como também o comportamento adaptativo infantil apresentou-se negativo em crianças mais velhas (DACHEW, B. A.x *et. al.*, 2021; NIX *et. al.*, 2021). Além disso, Faleschini S., *et. al.*, (2019) trouxe o resultado de que poderia haver uma influência negativa nas funções executivas, mas somente se os sintomas depressivos fossem apresentados antes dos 6 meses de idade da criança.

Kingston D. (*et. al.*, 2018) também traz evidências semelhantes ao demonstrar que problemas comportamentais externalizantes infantis, como por exemplo a hiperatividade/desatenção e a tendência a agressão física são maiores quando a mãe da criança apresenta sintomas depressivos altos e persistentes, esse resultado é seguido também por mães com sintomas moderados. Os mesmos problemas comportamentais foram encontrados por Choe (*et. al.*, 2020).

Os estudos analisados aqui corroboram com os resultados de outras pesquisas sobre problemas na externalização do comportamento, risco maior de problemas de atenção e comportamentos adversos quando associados a níveis elevados e persistentes de sintomas depressivos (VAN BATENBURG EDDER, 2013; FIHRER I, 2009; KINGSTON D., 2018; RICE F., 2010).

Os comportamentos, da mesma maneira que na linguagem, podem ser explicados também pela relação parental, onde a sensibilidade materna poderia aumentar os riscos de problemas emocionais e comportamentais na criança (STEIN A., 2014; DUBBER S., *et. al.*; 2015). Pesquisas apontam efeitos negativos de longo prazo no desenvolvimento do bebê, sendo ele exposto a transtornos de humor.

Questões como problemas emocionais foram evidenciados em pesquisas (WALKER, A. L., 2020) que avaliaram os sintomas a longo prazo, evidenciando que sintomas depressivos presentes antes ou depois do puerpério, estando estes associados a gestação, estão relacionados a mais problemas emocionais

em crianças de 11 a 12 anos, indicando assim que a gestação e o pós parto seriam períodos sensíveis para o desenvolvimento infantil, podendo afetar a vida como uma toda (MICHAEL; TYLER, 2005; BAGNER, et. al., 2010). É importante pensar que o período de idade apresentado na pesquisa é também o início da adolescência, período crítico para a formação de identidade, onde os fatores externos influenciam diretamente na visão de mundo.

Sintomas emocionais ligados a ansiedade bem como sintomas de ansiedade de separação também foram evidenciados nas pesquisas, onde os sintomas depressivos em maior intensidade e persistência, sendo seguido por sintomas precoces atingiam diretamente as crianças através de internalizações (Kingston D., et. al., 2018).

Sentimentos como medo direcionado a algo específico também foram apresentados, como por exemplo o medo odontológico. As explicações se deram em torno dos sentimentos interrelacionados entre mãe e bebê, onde os afetos negativos para com a criança poderiam ampliar as emoções disruptivas nas mesmas, fazendo assim com que em situações de apreensão, onde o pequeno não sabe o que fazer, encontre-se desamparado do afeto da mãe, apresentando esta depressão pós parto grave e persistente, e externalize o medo.

Somente um estudo (NIX et. al., 2021) trouxe a ausência de interação entre DPP e desenvolvimento socioemocional, cognitivo e linguagem. Esses resultados podem ter ocorrido por conta de atritos no grupo controle, este que apresentava mais componentes do que o grupo com pessoas que apresentavam DPP.

Um estudo apresentou a relação entre fatores fisiológicos, como desnutrição, infecção respiratória aguda e diarreia com a depressão pós parto, porém nenhum dos quesitos foram associados positivamente, diferindo de resultados de estudos anteriores que demonstravam a associação entre o que foi medido (GRIGORIADIS et. al., 2013; SURKAN P.J., et. al., 2016; MEDHIN, G., et. al., 2010; MAI, L. T., et al., 2014). Levanta-se a hipótese de que a diferença nas ferramentas utilizadas para a medição, bem como a não contabilização, na pesquisa, de fatores sociais (saneamento, saúde, sociedade) podem ter atrapalhado no resultado.

Diferente do que foi apresentado anteriormente sobre as questões fisiológicas, Abdollah (et. al., 2017) demonstrou que as crianças que foram expostas a DPP poderiam apresentar, até os quatro anos de idade um quadro maior e mais agudo de doenças crônicas, fazendo mais usos de medicamentos. Coburn (et. al., 2021) também corrobora com os resultados demonstrados aqui, levantando a hipótese de que mães com DPP compareceriam menos a consultas pré-natais, teriam menos cuidados com sono, fumo e alcoolismo, o que levaria a mais problemas de saúde da criança.

Olhando ainda para características fisiológicas, a presença de amígdalas maiores em meninas que foram expostas a depressão pré-natal foi encontrada, é importante ressaltar a especificidade desse dado, já que se apresentou em maior evidência em amígdalas direitas. Levanta-se a hipótese de que esta estrutura responde a estímulos relacionados a ansiedade e depressão, bem como também a ameaças e violências, deste modo, o crescimento da amígdala se daria por conta das situações expostas (BECK, AT, 2008; HERMANS, E. J.; QIN, S., FERNANDEZ, G., 2009).

Além disso, foram detectadas maiores IMC's infantis ao nascimento e respectivamente a esse resultado, menor idade gestacional de filhos de mães com DPP, podendo desta maneira, haver um risco maior de sobrepeso e obesidade da criança (EICHLER, et. al., 2021). O mesmo achado foi percebido no estudo de Farewell (et. al., 2021) onde o IMC aos 54 meses de vida, foi correlacionado de forma significativa com a depressão. É importante percebermos que o resultado pode variar de acordo com o local em que a pesquisa está sendo realizada, já que menores resultados no IMC também podem ser previstos, demonstrando que a depender do estado emocional da genitora, a antropometria infantil pode ser afetada (ACCORTT, et. al., 2015; DUNKEL, 2011), além disso os fatores sociodemográficos e a saúde materna podem ter um efeito cumulativo para a variação deste resultado.

A interação social também foi vista como prejudicada em crianças em que as mães apresentavam depressão pós parto, juntamente com a comunicação e a motricidade grossa (GONZÁLEZ, et al, 2017). O resultado deste estudo pode advir da probabilidade da genitora apresentar inseguranças no cuidado com o filho e assim demonstrar um modelo, para esta última, ausente de estimulações

(ABDOLLAH et. al., 2017). Resultados como estes foram apresentados de modo semelhante em estudos anteriores (JOSEFSSON, A.; SYDSJÖ, G., 2007; AGNAFORS, S.; SYDSJÄ, G., 2013; BRENNAN, P.A. et. al, 2000). Os estudos de Ferster (1973) demonstraram também que a falha no aprendizado de algumas habilidades, como a socialização podem ocorrer por conta de uma mediação pouco contingente comprometendo o desenvolvimento.

Questões como despertares noturnos também foram identificados como atingidos por depressão pós parto, as interrupções no sono podem ser originadas pela ausência de cuidado, limite e cognições da mãe para com a criança, já que rotinas noturnas, presença materna a noite e compartilhamento de camas podem vir a afetar o sono da criança. Resultados como esse também são encontrados amplamente na literatura, através da associação do comportamento dos pais e do sono noturno (ADAIR et al., 1991; TIKOTZKY; SADEH, 2009)

Sobre o desenvolvimento cognitivo associado a depressão pós parto não foram observadas pesquisas associadas positivamente. Binda (et al., 2018) traz que há a possibilidade de que tais evidências não sejam encontradas por conta de amostras com números insuficientes, bem como também por os estudos utilizarem crianças em sua primeiríssima infância, que poderiam não ter adquirido suas habilidades por conta de seu período maturacional.

Com os estudos analisados é possível perceber que o impacto da depressão pós parto nas crianças não percorre um caminho linear que leva a resultados adversos específicos e determinados. Conclusões como essas corroboram com a teoria comportamental apresentada na introdução dessa revisão integrativa, já que a descrição dos comportamentos feita anteriormente pode ser vista ocorrendo em decorrência da interação entre a criança e o ambiente, que no caso da pesquisa em específico, faz com que o ambiente seja representado pela genitora (FERSTER, 1973).

A depressão pós parto, nesse caso, é um fenômeno com várias faces, que pode trazer como uma das suas consequências a diminuição do repertório do organismo (criança) a partir da relação ambiental. Com uma baixa frequência de reforços positivos e o aumento de reforçamentos negativos, alguns comportamentos que são ditos como os habituais (ex. desenvolvimento da

linguagem, socialização e cognição) demonstram uma redução em seu responder.

Assim, o histórico de reforçamento, modelação e modelagem, promove um repertório comportamental diferente, já que haveriam situações dotadas de problemas no que se diz respeito a mediação pouco eficiente no aprendizado da criança. Desse modo, a experiência na primeira infância, que decorre da exposição a situação e eventos não controláveis, vem exercer influência nos comportamentos presentes ao longo da infância e da vida do sujeito (FERREIRA; TOURINHO, 2013).

Os principais domínios apresentados na literatura são descritos aqui e contribuem para o aprimoramento das bibliografias que versam sobre o impacto da depressão pós parto em crianças em sua primeira infância.

As descobertas trazem a importância de nos atentarmos a depressão como um fator que pode vir a aumentar a vulnerabilidade do desenvolvimento da criança levando-nos a pensarmos sobre a adversidade pós natal e como mitigar os seus efeitos a longo prazo. A questão chave desta pesquisa foi compreender como a depressão pós parto atinge os processos hereditários, contextuais e maturacionais, bem como a soma deles.

6. LIMITAÇÕES

Este estudo não está isento de limitações. Os resultados obtidos nas pesquisas foram variados, os artigos utilizavam abordagens diversas e nem todos exploravam a exposição a depressão materna e o desenvolvimento infantil de forma independente. Além disso, na maioria dos estudos as genitoras ou pessoas próximas, como professores, relataram os sintomas, o que podem aumentar ou diminuir os efeitos da pesquisa. Também não foram observados se os sintomas depressivos a que as crianças foram expostas apresentavam-se em evidência em meses diferentes das gestações analisadas. Embora tenha-se selecionado estudos conduzidos por cientistas de referência no tema, não aplicamos o sistema de qualidade na literatura, podendo assim haverem vieses negligenciados aqui. Mesmo com as limitações mencionadas acima, é possível

compreender que a exposição de forma cumulativa a DPP é evidenciada como particularmente prejudicial a saúde da criança.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHI, F.; REZAI ABHARI, F.; ZARGHAMI, M. Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. **Acta Med Iran**, v. 55, n. 2, p. 109-114, 2017.

ABIDIN, R. R. Parenting Stress Index: A measure of the parent–child system. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), **Evaluating stress: A book of resources** (pp. 277–291). Scarecrow Education, 1997.

ACCORTT, E. E.; CHEADLE, A. C. D.; DUNKEL, S. C. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. **Matern Child Health J.** v. 19, n. 6, p. 1306-1337, 2015. doi: 10.1007/s10995-014-1637-2.

ACHENBACH T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 profile**. Burlington, VT: University of Vermont, 1992.

ADAIR, R.; BAUCHNER, H.; PHILIPP, B.; LEVENSON, S.; ZUCKERMAN, B. Night waking during infancy: Role of parental presence at bedtime. **Pediatrics**, v. 87, n. 4, p. 500–504, 1991. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2011427/>>. Acesso em 30 de novembro de 2022.

ADAMS W. S.; SHESLOW D. Avaliação ampla de habilidades motoras visuais. Wilmington, D. E.: Wide Range, Inc; 1995.

ADAMS, W.; SHESLOW, D. WRAML Manual. Wilmington, DE: Jastak Associates; 1990

AEBI, M.; KUHN, C.; METZKE, C. W.; STRINGARIS, A.; GOODMAN, R.; STEINHAUSEN, H. C. The use of the Development and Well Being Assessment (DAWBA) in clinical practice: a randomized trial. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. v. 21, n. 10, p. 559-567, 2012. doi:10.1007/s00787-012-0293-6

AGNAFORS, S.; SYDSJÄ, G.; SVEDIN, CGR. Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. **Matern Child Health J** v. 17, n. 3, p. 405-14. 2013. doi: 10.1007/s10995-012-0985-z.

ALVES, A. S.; RAMOS, J. F.; BARBOSA, J. M.; COSTA, A. P. C.; CAMPOS, D. M. Avaliação da aplicabilidade da Escala Bayley de desenvolvimento como instrumento auxiliar na detecção precoce do autismo infantil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 03, Vol. 04, pp. 17-29. 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/escala-bayley>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/escala-bayley

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Amorim, SPT. Tristeza pós-parto importância do diagnóstico precoce [Monografia]. Ponte Lima/Portugal. Universidade Fernando Pessoa; 2010.

Aoyagi, S. S.; Takei, N.; Nishimura, T.; Nomura, Y.; Tsuchiya, K. J. Association of late-onset postpartum depression of mothers with expressive language development during infancy and early childhood: the HBC study. **PeerJ**, v. 6, n. 7, 2019. doi: 10.7717/peerj.6566.

Aslin, R. N. **Experiential Influence and Sensitive Periods in Perceptual Development**. Development of perception. Psychobiological perspectives: The visual system v. 2, p. 50, 1981.

BAGNER, D. M.; PETTIT, J. W.; LEWINSOHN, P. M.; SEELEY, J. R Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 49, n. 7, p. 699-707, 2010. doi: 10.1016/j.jaac.2010.03.012.

BAKARE, M. O.; OKOYE, J. O.; OBINDO, J. T. Introducing depression and developmental screenings into the national programme on immunization (NPI) in southeast Nigeria: an experimental cross-sectional assessment. **Gen Hosp Psychiatry**, n. 36, v. 1, 2016

BECK, A. T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. **Am J Psychiatry**. v. 165, n. 8, p. 969-977, 2008. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721.

BEE, HELEN. **A criança em desenvolvimento**/Helen Bee, trad, Maria Adriana Veríssimo Veronese, - 9.ed. – Porto Alegre : Artmed, 2003.

BINDA, V.; FIGUEROA-LEIGH, F.; OLHABERRY, M. Baja calidad de interacción madre-hijo/a en lactantes en riesgo psicosocial se asocia con riesgo de retraso del desarrollo. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago , v. 90, n. 3, p. 260-266, jun. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300260&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 30 de novembro de 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782>.

BINDA, V.; FIGUEROA-LEIGH, F.; OLHABERRY, M. Baja calidad de interacción madre-hijo/a en lactantes en riesgo psicosocial se asocia con riesgo de retraso del desarrollo. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago , v. 90, n. 3, p. 260-266, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300260&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 dezembro de 2022. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782>.

BLUETT-DUNCAN, M.; KISHORE, M. T.; PATIL, D. M.; SATYANARAYANA, V. A.; SHARP, H. A systematic review of the association between perinatal depression and cognitive development in infancy in low and middle-income countries. **PLoS One**, v. 16, n. 6, 2021.

Bordignon JS, Lasta LD, Ferrerira EM, Weiller TH. **Depressão puerperal: Definição, Sintomas e importância do enfermeiro no diagnóstico precoce.** Ijuí. Ed. Unijuí; 2011.

BOWLBY, J. **Uma base segura:** Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRENNAN, P. A.; HAMMEN, C.; ANDERSEN, M. J.; BOR, W.; NAJMAN, J. M.; WILLIAMS, G. M. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. **Dev Psychol** v. 36, n. 6, p. 759-66, 2000. doi: 10.1037//0012-1649.36.6.759

BRUM, E. H. M. A depressão materna e suas vicissitudes. **Revista Psychê**, v. 19, p. 95-108, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n19/v10n19a07.pdf>.

BRUM, E. H. M. D. E.; OLIVEIRA, D. Depressão pós-parto: Divergências conceituais. **Revista saúde mental em foco do CESUCA**, v. 1, p. 1-23, 2012. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/>. Acesso em: 30 de novembro de 2022.

CAMPOS, D. L.; LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C.; SANTOS, A. C. Contribuições possíveis da psicanálise à educação precoce: o protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). **Estilos Da Clínica**, v. 25, n. 2, p. 233-245, 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p233-245>

CARVALHO, R. W. F.; FALCÃO, P. G. C. B.; CAMPOS, G. J. L.; BASTOS, A.S; PEREIRA, J. C; PEREIRA, M. A. S; CARDOSO, M. S. O; VASCONCELOS, B. C. E. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1915-1922, 2012.

CASSIDY, J. **The nature of child's ties.** In: CASSIDY, J. & SHAVER, P. (Orgs.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications.* New York: The Guilford Press. pp. 3-20, 1999.

CHOE, D. E.; MCDONOUGH, S. C.; SAMEROFF, A. J.; LAWRENCE, A. C. Postnatal trajectories of maternal depressive symptoms: Postpartum antecedents and differences in toddler adjustment. **Infant Ment Health J.** v. 41, n. 2, p. 278-293, 2020. doi: 10.1002/imhj.21843.

Coburn, S. S.; Luecken, L. J.; Rystad, I. A.; Lin, B.; Crnic, K. A.; Gonzales, N. A. Prenatal Maternal Depressive Symptoms Predict Early Infant Health Concerns. **Matern Child Health J.** v. 22, n. 6, p. 786-793, 2018. doi: 10.1007/s10995-018-2448-7.

COSTA, V. P. P.; Correa, M. B.; Goettems, M. L.; Pinheiro, R. T.; Demarco, F. F.. Maternal depression and anxiety associated with dental fear in children: a cohort of adolescent mothers in Southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 31, 2017. Acesso em: 2 de dezembro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0085>>.

COX, J. L., HOLDEN, J. M., & SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. **British journal of psychiatry**, v. 150, p. 782-86., 1987. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/>>.

CRECHE FIOCRUZ. **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

Critical Appraisal Skills Programme, **CASP** (10 questions to help you make sense of a Systematic Review) Checklist. [online], 2018. Disponível em: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Systematic-Review-Checklist_2018.pdf>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2022.

Cruz, E. B S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa saúde da família. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, 27(4), 181- 188, 2005. Disponível em: <10.1590/S0100-72032005000400004>.

DACHEW, B. A.; SCOTT, J. G.; HERON, J. E.; AYANO, G.; ALATI, R. Association of Maternal Depressive Symptoms During the Perinatal Period With Oppositional Defiant Disorder in Children and Adolescents. **JAMA Netw Open**. v. 1, n. 4, 2021. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.25854.

DADI, A.F.; AKALU, T.Y.; WOLDE, H.F. Effect of perinatal depression on birth and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies from Africa. **Arch Public Health**, v. 80, n. 34, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00792-8>

DARCY, J. M.; GRZYWACZ, J. G.; STEPHENS, R. L. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. **JABFM**, v. 24, n. 3, p. 249–257, 2016.

DUBBER, S.; RECK, C.; MÜLLER, M.; GAWLIK, S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. **Arch Womens Ment Health**. v. 18, n. 2, P. 187-195, 2015. doi: 10.1007/s00737-014-0445-4.

DUNKEL, S. C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. **Annu Rev Psychol**, v. 62, p. 531-558, 2011. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727.

EICHLER, J.; SCHMIDT, R.; POULAIN, T. Maternal depressive symptoms and stress during pregnancy as predictors of gestational age at birth and standardized body mass index from birth up to 2 years of age. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 635, p. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04111-x>

ELANDER, J.; RUTTER, M. Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. **Int J Methods Psychiatr Res**. v. 6, n. 2, p. 63-78., 1996.

ERTEL, K. A.; KLEINMAN, K.; VAN ROSSEM, L. Maternal perinatal depression is not independently associated with child body mass index in the Generation R

Study: methods and missing data matter. **J Clin Epidemiol**, v. 65, n. 12, p. 1300–1309, 2012

EVANS, J.; MELOTTI, R.; HERON, J. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 53, n. 6, p. 632–640, 2012.

FALESCHINI, S.; RIFAS-SHIMAN, S. L.; TIEMEIER, H.; OKEN, E.; HIVERT, M. F. Associations of Prenatal and Postnatal Maternal Depressive Symptoms with Offspring Cognition and Behavior in Mid-Childhood: A Prospective Cohort Study. **Int J Environ Res Public Health**. v. 20, n. 16, p. 1007, 2019. doi: 10.3390/ijerph16061007. PMID: 30897718; PMCID: PMC6466510.

FAREWELL, C. V.; DONOHOE, R.; THAYER, Z.; PAULSON, J.; NICKLAS, J.; WALKER, C.; WALDIE, K.; LEIFERMAN, J. A. Maternal depression trajectories and child BMI in a multi-ethnic sample: a latent growth modeling analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 13, n. 21, p.827, 2021. doi: 10.1186/s12884-021-04308-0.

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Desamparo Aprendido e Incontrolabilidade: Relevância para Abordagem Analítico-Comportamental da Depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29, n. 2, p. 211-219, 2013.

FERSTER, C.B. A functional analysis of depression. *American Psychology*, v. 28 p. 857-870, 1973.

FIHRER, I.; MCMAHON, C. A.; TAYLOR, A. J. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. **Journal of Affective Disorders**, v. 119, n. 1-3, p. 116–123, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.001>

FONAGY, P.; TARGET, M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. **Development and Psychopathology**, vol. 9, nº 4, pp. 679-700, 1997.

GIOIA, G. A.; ISQUITH, P. K.; RETZLAFF, P. D.; ESPY, K. A. Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample. **Child Neuropsychol**. v. 8, p. 24900–257, 2002.

GONZÁLEZ, G.; MORAES, M.; SOSA, C.; UMPIERREZ, E.; DUARTE, M.; CAL, J.; GHIONE, A. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte [Maternal postnatal depression and its impact on child neurodevelopment: a cohort study]. **Rev Chil Pediatr**. v. 88, n.3, p. 360-366, 2017. doi: 10.4067/S0370-41062017000300008.

GONZÁLEZ, G.; MORAES, M.; SOSA, M.; UMPIERREZ, E.; DUARTE, M.; CAL, J.; GHIONE, A. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. **Rev. chil. pediatr.**, v. 88, n. 3, p. 360-366, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2022.

GOODMAN, R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 40, p. 1337–1345, 2001.

GRIGORIADIS, S.; VONDERPORTEN, E. H.; MAMISASHVILI, L.; TOMLINSON, G.; DENNIS, C. L.; KOREN, G. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Psychiatry**. v. 74, n. 4, p. 321-341, 2013. doi: 10.4088/JCP.12r07968.

Grupo Anima Educação. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa**: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação; 2014.

HERMANS, E. J.; QIN, S.; FERNANDEZ, G. From specificity to sensitivity: how acute stress affects amygdala processing of biologically salient stimuli. **Biol Psychiatry**, v. 66, n. 7, p. 649-655, 2009. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.05.014.

HERON J, O'CONNOR T, EVANS J, GOLDING J, GLOVER V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. **J Affect Disord**. v. 80, n. 1, p. 65–73, 2004. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004

JOSEFSSON, A.; SYDSJÖ, G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. **Arch Womens Ment Health** v. 10, n. 4, p. 141-145, 2007. doi: 10.1007/s00737-007-0185-9.

KINGSTON, D.; KEHLER, H.; AUSTIN, M. P.; MUGHAL, M. K.; WAJID, A.; VERMEYDEN, L.; BENZIES, K.; BROWN, S.; STUART, S.; GIALLO, R. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. **PLoS One**. v. 13, n. 4, 2018. doi: 10.1371/journal.pone.0195365.

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é Psicologia Social**. Coleção primeiros passos. São Paulo. Nova Cultural – Brasiliense, 1985.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, p. 226, 2001.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil**: Uma revisão sistemática, 2011. Disponível em: <10.1590/ S1519-38292011000400003>.

Medhin, G.; Hanlon, C.; Dewey, M.; Alem, A.; Tesfaye, F.; Lakew, Z.; Worku, B.; Dewey, M.; Araya, M.; Abdulahi, A.; Hughes, M.; Tomlinson, M.; Patel, V.; Prince, M. Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: the P-MaMiE population-based cohort study. **Trop Med Int Health**. v. 14, n. 2, p. 156-166, 2009. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02198.x.

MICHEL, G.F.; TYLER, A.N. Critical period: A history of the transition from questions of when, to what, to how. **Dev. Psychobiol**, v. 46, p. 156-162, 2005. <https://doi.org/10.1002/dev.20058>

MORAIS, M. L. S.; FONSECA, L. A. M.; DAVID, V. F.; VIEGAS, L. M.; OTTA, E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de psicologia** (Natal), 20(1), 40-49, 2015. Acesso em: 01 de abril de 2022. Disponível em: <10.5935/1678-4669.20150006>.

Murray, L.; Arcthe, A.; Fearon, P.; Halligan, S.; Croudace, T.; Cooper, P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: A developmental approach. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, n. 10, p. 1150–1159, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x>

MURRAY, L.; COOPER, P. Effects of postnatal depression on infant development. **Arch Dis Child**, v. 77, n. 2, p. 99–101, 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/adc.77.2.99>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2022.

MURRAY, L.; ARTECHE, A.; FEARON, P.; HALLIGAN, S.; GOODYER, I.; COOPER, P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 50, n. 5, p. 460-70., 2011. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.001.

NASREEN, H.E.; KABIR, Z. N.; FORSELL, Y. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh. **J Affect Disord** v. 146, n. 2, p. 254–261, 2013.

National Institute for Health and Care Excellence. **Prenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance**. NICE; 2014

NETSI, E.; PEARSON, R. M.; MURRAY, L.; COOPER, P.; CRASKE, M. G.; STEIN, A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. **JAMA Psychiatry**, v. 75, n. 3, p. 247–253, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363

Nguyen, P. H.; Saha, K. K.; Ali, D.; Menon, P.; Manohar, S.; Mai, L. T.; Rawat, R.; Ruel, M. T. Maternal mental health is associated with child undernutrition and illness in Bangladesh, Vietnam and Ethiopia. **Public Health Nutr**, v. 17, n. 6, p. 1318-1327, 2014. doi: 10.1017/S1368980013001043.

Nix, L.; Nixon, E.; Quigley, J.; O'Keane, V. Perinatal depression and children's developmental outcomes at 2 years postpartum. **Early Hum Dev**, v. 156, 2021. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2021.105346.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: DEPRESSÃO, 2020, disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 15 de set. 2021.

PAAVOLA, L.; KUNNARI, S.; MOILANEN I. Maternal responsiveness and infant intentional communication: implications for the early communicative and

linguistic development. **Child Care Health**;31(6):727-35, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00566.

PIAGET, J. 1896 – 1980. **Epistemologia genética**. Tradução de Álvaro Cabral; revisão da tradução Wilson Roberto Vaccari – 2ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2002.

PIETROMONACO, P.; BARRETT, L. (1997) Working models of attachment and daily social interactions. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 73, nº 6, pp. 1.409-1.423

RABELLO, Elaine T.; PASSOS, José Silveira. Vygotsky e o desenvolvimento humano. **Portal Brasileiro de Análise Transacional**, p. 1-10, 2010.

RAPPAPORT, C.R.; FIORI, W.R.; DAVIS, C. **Teoria do desenvolvimento. Conceitos fundamentais**. Vol. 1. São Paulo, EPU, 1981.

REES, S.; CHANNON, S.; WATERS, C. S. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 28, n. 2, p. 257-280, 2019. doi: 10.1007/s00787-018-1173-5.

REILLY, S; EADIE, P.; BAVIN, E. L; WAKE, M.; PRIOR, M.; WILLIAMS, J.; BRETHERTON, L.; BARRETT, Y.; UKOUMUNNE, O. C. 2006. Growth of infant communication between 8 and 12 months: a population study. **J Paediatr Child Health**. v. 42, n. 12, p. 764-70, 2006. doi: 10.1111/j.1440-1754.2006.00974.x. PMID: 17096710

RICE F.; HAROLD G. T.; BOIVIN J.; VANDEN BREE M.; HAY, D. F.; THAPAR, A. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. **Psychol Med.**, v. 40, n. 2, p. 335-45, 2010. doi: 10.1017/S0033291709005911.

RIGHETTE-VELTEMA, M.; CONNE-PERREARD, E.; BOUSQUET. A.; MANZANO, J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. **J Afetar Desordem**, v. 49, n. 3, p. 167-180, jun. 2002. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00110-9)>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

SANGER C; ILES, J. E.; ANDREW, C. S.; RAMCHANDANI, P. G. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. **Arch Womens Ment Health**. v. 18, n. 2, p. 147-162, 2015. doi: 10.1007/s00737-014-0463-2

SCHETTER, C. D.; TANNER, L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. **Current opinion in psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 141-148, 2012. Acesso em: 01 de março de 2022. doi: 10.1097/ YCO.0b013e3283503680.

SILVA, G. A. Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: Contribuições metodológicas de uma metanálise (**Tese**

de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013.

Skinner, B. F. (1969). **Contingencies of reinforcement**: A theoretical analysis. New York: Appleton-Century- Crofts.

Skinner, B. F. (1971). **Beyond freedom and dignity**. New York: Knopf.

Skinner, B. F. (1999d). **The design of cultures**. In Cumulative record: Definitive edition. New York: Appleton-Century-Crofts (pp. 39-50). (Trabalho original publicado em 1961)

SLOMIAN, J.; HONVO, G.; EMONTS, P.; REGINSTER, J. Y.; BRUYÈRE, O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. **Womens Health**, v. 15, 2019. doi: 10.1177/1745506519844044.

SPANIER, G. B. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. **Journal of Marriage and the Family**, v. 38, n. 1, p. 15-28, 1976.

ST. JAMES-ROBERTS, I., & HALIL, T. Infant crying patterns in the first year: Normal community and clinical findings. **Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines**, v. 32, n. 6, p. 951–968, 1991. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01922.x>,.

STATISTICS CANADA. **Microdata User Guide**: National Longitudinal Survey of Children and Youth. Ottawa: Statistics Canada, 2007.

STEIN A.; PEARSON R. M.; GOODMAN S. H., RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; HOWARD, L. M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **Lancet**. V. 15, n. 384, p. 1800-19, 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.

SURKAN, P. J.; PATEL, S. A.; RAHMAN, A. Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. v. 36, p. 156-168, 2016. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.05.007.

TAMIS-LEMONDA, C. S; BORNSTEIN, M. H; BAUMWELL, L. Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. **Child Dev**. v. 72, n. 3, p. 748-67, 2001. doi: 10.1111/1467-8624.00313. PMID: 11405580.

THEME FILHA, M. M.; AYERS, S.; DA GAMA, S. G.; LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **J Affect Disord**, v. 194, p. 159-67, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020.

TIKOTZKY, L.; SADEH, A. Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: a longitudinal study from pregnancy through the 1st year. **Child Dev**. v. 80, n. 3, p. 860-874, 2009. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x.

URDANETA M., M. J.; RIVERA, S. A.; GARCÍA I., J.; GUERRA V., M.; BAABEL Z., N.; CONTRERAS B., A.. Prevalencia de depresión posparto en primigestas

y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 75, n. 5, p. 312- 320, 2010.. doi: 10.4067/S0717-75262010000500007

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. (**dissertação**). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VAN BATENBURG-EDDES, T.; BRION, M. J.; HENRICHS, J.; JADDOE, V. W.; HOFMAN, A.; VERHULST, F. C.; LAWLOR, D. A.; DAVEY, S. G.; TIEMEIER, H. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. **J Child Psychol Psychiatry**. v. 54, n. 5, p. 591-600, 2013. doi: 10.1111/jcpp.12023.

WALKER, A. L.; PETERS, P. H.; ROOIJ, S. R.; HENRICHS, J.; WITTEVEEN, A. B.; VERHOEVEN C. J. M.; VRIJKOTTE, T. G. M.; JONGE, A. The Long-Term Impact of Maternal Anxiety and Depression Postpartum and in Early Childhood on Child and Paternal Mental Health at 11-12 Years Follow-Up. **Front Psychiatry**. v. 15, n. 11, 2020. doi: 10.3389/fpsy.2020.562237.

WATERS, C. S.; HAY, D.; SIMMONDS, J.; VAN GOOZEN, S. Prenatal depression and children's developmental outcomes: potential mechanisms and treatment options. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 957–971, 2014 doi: 10.1007/s00787-014-0582-3

WEN, D. J.; POH, J. S.; NI, S. N.; CHONG, Y. S.; CHEN, H.; KWEK, K.; SHEK, L. P.; GLUCKMAN, P. D.; FORTIER, M. V.; MEANEY, M. J.; QIU, A. Influences of prenatal and postnatal maternal depression on amygdala volume and microstructure in young children. **Transl Psychiatry**. v. 25, n. 7, 2017. doi: 10.1038/tp.2017.74.

WENZEL, A.; HAUGEN, E.; JACKSON, L.; ROBINSON, K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. **Arch Women's Mental Health**. v. 6, n. 1, p. 43–49, 2003. doi: 10.1007/s00737-002-0154-2.

WEOBONG, B.; TENASBROEK, A. H.; SOREMEKUN, S. Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. **BMJ Open**, v. 5, n. 8, 2015.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: JC; 1982
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. OMS: Genebra, 2017

YSTROM, E.; HYSING, M.; TORGERSEN, L.; YSTROM, H.; REICHBORN-KJENNERUD, T.; SIVERTSEN, B. Maternal Symptoms of Anxiety and Depression and Child Nocturnal Awakenings at 6 and 18 Months. **J Pediatr Psychol**. V. 1, n. 42, ed. 10, p. 1156-1164, 2017. doi: 10.1093/jpepsy/jsx066.

ANEXO A

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____
	Local _____ de _____ trabalho
	Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo:	
C. Tipo de publicação	
Área da saúde. Qual?	
Outra área. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () _____ Outras
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra 3.2 Tamanho (n) Inicial _____ Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça: _____ Diagnóstico _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Instrumentos	
6. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente 5.2 Variável dependente 5.3 Grupo controle: sim () não ()

	5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico 7.2 Nível de significância
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados 8.2 Quais são as recomendações dos autores
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	