

AVANÇOS TECNOLÓGICOS PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

TECHNOLOGICAL ADVANCES FOR THE MAINTENANCE OF MENTAL
HEALTH IN THE PUERPERIUM: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ciências da Saúde • 12/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789160887](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789160887)

Edwilson Francisco Neves Filho¹

Kerolyn Ramos Kuhn²

Flavio de Jesus Junior³

RESUMO

A saúde mental perinatal constitui prioridade de saúde pública, e barreiras geográficas, econômicas e organizacionais podem restringir o acesso de puérperas ao cuidado oportuno. Este estudo teve como objetivo analisar evidências sobre tecnologias digitais utilizadas na promoção, no rastreamento e no cuidado em saúde mental no puerpério, considerando efetividade, aceitabilidade, segurança, barreiras e possibilidades de implementação. Trata-se de revisão integrativa da literatura, orientada pelas etapas de Whittemore e Knafl e relatada com elementos do PRISMA 2020. Foram consultadas PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO para publicações de janeiro de 2019 a setembro de 2026, em português, inglês ou espanhol. A síntese incluiu 12 estudos primários publicados entre 2019 e 2025. Intervenções estruturadas de terapia cognitivo-comportamental via internet e modelos de psicoterapia remota apresentaram os resultados mais consistentes para redução de sintomas depressivos e ansiosos. Aplicativos psicoeducativos, mindfulness digital e chatbots mostraram aceitabilidade e benefícios potenciais, porém com efeitos heterogêneos, perdas de seguimento e resultados nulos em alguns desfechos. Os principais desafios foram conectividade, letramento digital, adesão, privacidade, validação clínica e existência de fluxos para situações de risco. Conclui-se que tecnologias digitais podem ampliar o acesso e complementar a rede assistencial, mas não substituem de forma indiscriminada a avaliação clínica ou o cuidado presencial. Sua incorporação requer suporte profissional proporcional ao risco, proteção de dados, adaptação sociocultural e integração aos serviços de saúde.

Palavras-chave: puerpério; saúde mental; depressão pós-parto; telessaúde; saúde digital; terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Perinatal mental health is a public health priority, and geographic, economic, and organizational barriers may restrict postpartum women's access to timely care. This study aimed to analyze evidence on digital technologies used for mental health promotion, screening, and care during the postpartum period, considering effectiveness, acceptability, safety, barriers, and implementation possibilities. This integrative literature review followed Whittemore and Knafl's stages and used PRISMA 2020 elements for transparent reporting. PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, and SciELO were searched for publications from January 2019 to September 2026 in Portuguese, English, or Spanish. The synthesis included 12 primary studies published between 2019 and 2025. Structured internet-delivered cognitive behavioral therapy and remote psychotherapy models produced the most consistent results for reducing depressive and anxiety symptoms. Psychoeducational applications, digital mindfulness, and chatbots showed acceptability and potential benefits, but effects were heterogeneous, follow-up losses occurred, and some outcomes were null. The main challenges were connectivity, digital literacy, adherence, privacy, clinical validation, and the availability of referral pathways for high-risk situations. Digital technologies may expand access and complement the care network, but they do not indiscriminately replace clinical assessment or face-to-face care. Their implementation requires risk-proportionate professional support, data protection, sociocultural adaptation, and integration with health services.

Keywords: postpartum period; mental health; postpartum depression; telehealth; digital health; cognitive behavioral therapy.

1. INTRODUÇÃO

O período perinatal, que compreende a gestação e o primeiro ano após o nascimento para fins de saúde mental, envolve mudanças biológicas, emocionais, familiares e sociais capazes de favorecer o surgimento ou o agravamento de sofrimento psíquico. A Organização Mundial da Saúde recomenda que promoção, identificação e cuidado em saúde mental sejam integrados aos serviços materno-infantis, com abordagem respeitosa, não estigmatizante e adaptada ao contexto cultural (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Entre as condições de maior relevância estão a depressão pós-parto e os transtornos de ansiedade; em menor frequência, podem ocorrer quadros graves, como a psicose puerperal. Além do impacto sobre a própria mulher, sintomas persistentes podem afetar o autocuidado, a relação familiar, a interação com o bebê e a utilização dos serviços de saúde. Por isso, rastreamento e intervenção precoce precisam estar associados a avaliação clínica e a fluxos seguros de encaminhamento.

A transformação digital ampliou as possibilidades de educação em saúde, rastreamento, monitoramento e intervenção psicológica. Aplicativos móveis, intervenções via internet, psicoterapia por telefone ou videoconferência, mensagens assíncronas e sistemas digitais de triagem podem reduzir barreiras de deslocamento e flexibilizar horários. Entretanto, a utilidade clínica depende do conteúdo oferecido, da validação da tecnologia, da adesão, do suporte profissional e das condições concretas de acesso.

Revisões recentes apontam efeito favorável de intervenções psicológicas digitais sobre sintomas depressivos perinatais, mas registram heterogeneidade entre intervenções e limitações na

qualidade metodológica e na certeza de parte das evidências. Assim, a saúde digital deve ser compreendida como componente de um modelo integrado de cuidado, e não como substituição automática da assistência presencial (CHEN et al., 2023; ARIFIN et al., 2024; LEWKOWITZ et al., 2024; PAN et al., 2025).

No Brasil, a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 e a regulamentação da telessaúde criam base institucional para incorporar soluções digitais ao Sistema Único de Saúde. Esse cenário torna pertinente examinar evidências de efetividade e os requisitos de segurança, equidade e integração assistencial, particularmente em territórios extensos e com desigual distribuição de profissionais, como a Região Norte.

2. JUSTIFICATIVA

A saúde mental perinatal é uma prioridade assistencial porque condições depressivas e ansiosas podem comprometer o bem-estar materno, a dinâmica familiar e o desenvolvimento infantil. Apesar de serem tratáveis, dificuldades de deslocamento, escassez de profissionais especializados, estigma, sobrecarga materna, custos e restrições de tempo ainda limitam o acesso ao cuidado.

Tecnologias digitais podem ampliar cobertura e continuidade, sobretudo quando articuladas à Atenção Primária à Saúde e a fluxos definidos de referência. Essa possibilidade é especialmente relevante para municípios que atendem territórios rurais ou distantes de centros especializados. Contudo, a expansão tecnológica não assegura equidade por si só: conectividade precária, compartilhamento de dispositivos, baixa alfabetização digital e

riscos à privacidade podem reproduzir ou aprofundar desigualdades (CRAWFORD; SERHAL, 2020).

Justifica-se, portanto, uma síntese que não se limite a perguntar se as tecnologias funcionam. Também é necessário identificar para quais populações, em quais condições, com que grau de apoio profissional e sob quais requisitos éticos e operacionais elas podem ser incorporadas. Ao reunir estudos recentes e discutir sua aplicabilidade ao SUS, a presente revisão pretende apoiar decisões mais prudentes e contextualizadas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar as evidências científicas sobre tecnologias digitais aplicadas à promoção, ao rastreamento e ao cuidado em saúde mental de mulheres no puerpério, considerando modalidades de intervenção, resultados clínicos, aceitabilidade, segurança, barreiras de implementação e possibilidades de integração aos serviços de saúde.

3.2. Objetivos Específicos

- Mapear as principais modalidades de saúde digital utilizadas no rastreamento, no monitoramento e na intervenção em saúde mental perinatal.
- Analisar evidências de efetividade de intervenções digitais, com ênfase em terapia cognitivo-comportamental mediada pela internet e em psicoterapia remota, para sintomas depressivos e ansiosos.

- Identificar fatores relacionados à adesão, à aceitabilidade, à segurança e à equidade de acesso.
- Discutir possibilidades de integração dessas tecnologias ao SUS, com atenção à realidade da Região Norte, de Rondônia e do município de Vilhena.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

É importante distinguir o puerpério fisiológico do período empregado em saúde mental perinatal. Embora a recuperação orgânica após o parto seja tradicionalmente descrita em fases imediata, tardia e remota, a vigilância em saúde mental precisa abranger a gestação e o primeiro ano após o nascimento, intervalo no qual sintomas podem iniciar, persistir ou agravar-se (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

A depressão pós-parto pode envolver humor deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações de sono e apetite, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldade de concentração e, em casos graves, ideação suicida. A tristeza puerperal é geralmente transitória e não deve ser confundida com um transtorno depressivo. Da mesma forma, um resultado positivo em instrumento de rastreamento, como a Edinburgh Postnatal Depression Scale, não equivale a diagnóstico e exige avaliação clínica.

As intervenções digitais em saúde mental abrangem níveis distintos de complexidade: conteúdos psicoeducativos, diários de humor, lembretes, mindfulness, terapia cognitivo-comportamental estruturada, chatbots, telepsicologia, telepsiquiatria e instrumentos eletrônicos de rastreamento. Tecnologias autoguiadas oferecem flexibilidade, enquanto intervenções guiadas acrescentam

acompanhamento clínico, feedback e possibilidade de reconhecer agravamento ou risco.

Quadro 1. Modalidades de tecnologias digitais aplicáveis à saúde mental perinatal

Categoria	Funcionalidades	Modalidade	Aplicação possível
Aplicativos e intervenções web	Psicoeducação, diários de humor, lembretes, mindfulness e módulos terapêuticos.	Autoguiada ou guiada	Autocuidado, prevenção seletiva e apoio entre consultas.
Telessaúde	Consultas por telefone ou videoconferência e acompanhamento híbrido.	Síncrona ou híbrida	Avaliação, psicoterapia e seguimento remoto.
Chatbots e mensagens	Conversação automatizada, exercícios e lembretes.	Assíncrona	Apoio de baixo limiar e engajamento; não substitui avaliação de risco.
Rastreamento digital	Aplicação eletrônica de instrumentos validados e alertas clínicos.	Triagem/monitoramento	Identificação de sintomas e direcionamento para avaliação.

Fonte: elaboração dos autores com base em Chen et al. (2023), Arifin et al. (2024) e Organização Mundial da Saúde (2022).

Uma revisão de 12 meta-análises encontrou impacto favorável das intervenções psicológicas digitais na depressão perinatal, porém classificou como baixa a qualidade metodológica e a certeza de

muitos desfechos (CHEN et al., 2023). Arifin et al. (2024) também identificaram benefícios para depressão e ansiedade, mas ressaltaram diferenças no desenho, no conteúdo, na duração e na forma de entrega. Em 2025, Pan et al. verificaram benefício da terapia cognitivo-comportamental on-line e observaram melhores resultados em determinadas configurações com orientação profissional.

Esses achados sustentam benefício potencial, mas não autorizam generalizar equivalência entre toda tecnologia e o atendimento presencial. A indicação deve considerar gravidade, risco de autoagressão, comorbidades, preferência da usuária, disponibilidade de suporte e capacidade do serviço de garantir continuidade assistencial.

5. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, delineamento que permite reunir, avaliar e sintetizar estudos com diferentes abordagens metodológicas. A condução foi orientada pelas etapas propostas por Whitemore e Knafl (2005): identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise e apresentação da síntese. Para aumentar a transparência do relato da identificação e seleção dos estudos, foram incorporados elementos do PRISMA 2020, sem classificar o trabalho como revisão sistemática (PAGE et al., 2021).

5.1. Pergunta de Pesquisa e Estratégia PICO

A pergunta norteadora foi estruturada segundo a estratégia PICO:

- P (População): mulheres no puerpério e, quando a intervenção se iniciou na gestação, mulheres acompanhadas até o período pós-parto.
- I (Interesse): tecnologias digitais destinadas à promoção, ao rastreamento, à prevenção, ao monitoramento ou à intervenção em saúde mental.
- Co (Contexto): assistência perinatal, pós-parto e serviços materno-infantis.

A pergunta formulada foi: quais evidências estão disponíveis sobre efetividade, aplicabilidade, segurança, aceitabilidade e barreiras das tecnologias digitais utilizadas na promoção e no cuidado da saúde mental de mulheres no puerpério?

5.2. Fontes de Informação e Período da Busca

Foram consultadas PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. O recorte temporal compreendeu janeiro de 2019 a setembro de 2026, e a última atualização foi realizada em setembro de 2026. Foram considerados textos em português, inglês ou espanhol. Revisões e documentos oficiais foram empregados na fundamentação teórica e na discussão, mas o corpus da síntese de resultados foi composto por estudos primários.

5.3. Estratégias de Busca

Para tornar a busca reprodutível, os descritores controlados DeCS/MeSH e os termos livres foram organizados em três eixos: período pós-parto, saúde mental e tecnologias digitais. Em cada eixo, os termos foram combinados pelo operador booleano OR; entre

os eixos, utilizou-se o operador AND. A estratégia foi adaptada à sintaxe da PubMed/MEDLINE, BVS e SciELO e aplicada em português, inglês e espanhol. A expressão integral adotada na PubMed/MEDLINE e o detalhamento dos termos utilizados nas demais bases constam no Apêndice A.

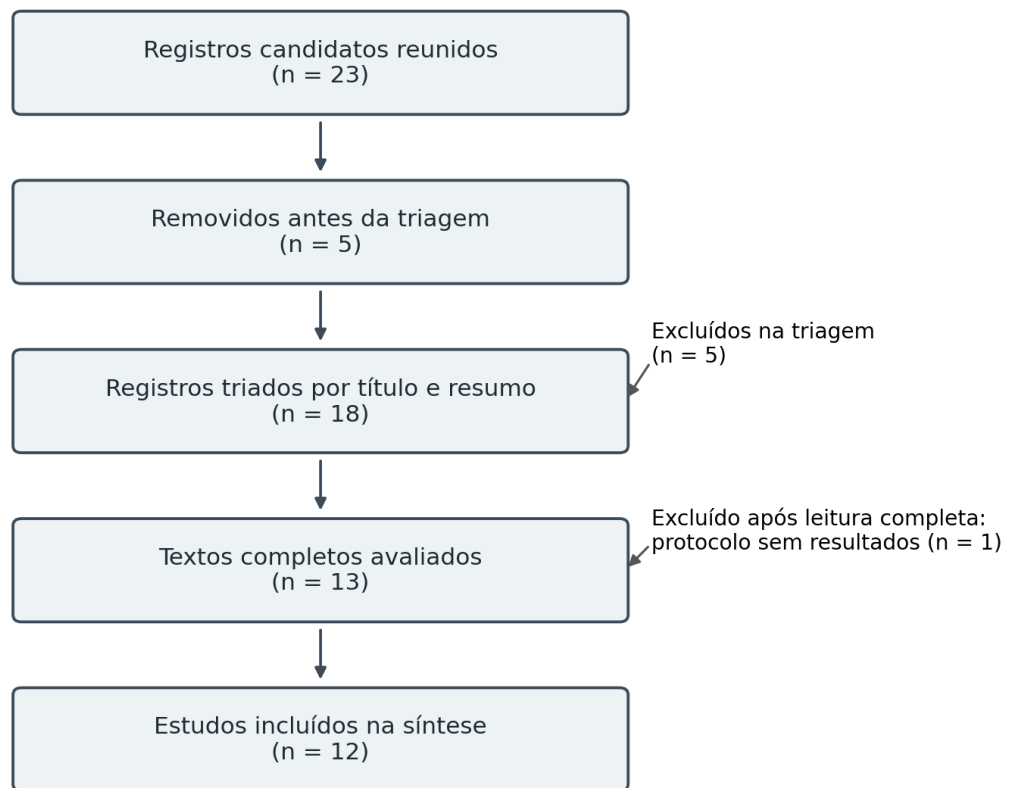
5.4. Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos originais com participantes adultas no puerpério ou gestantes acompanhadas até o pós-parto; avaliação de tecnologia digital relacionada à saúde mental; delineamentos experimentais, quase-experimentais, pragmáticos ou de viabilidade com resultados clínicos ou de aceitabilidade; publicação entre 2019 e setembro de 2026; e texto em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos protocolos sem resultados, editoriais, cartas, estudos exclusivamente sobre saúde física, intervenções não digitais e publicações sem relação direta com o período perinatal.

5.5. Seleção, Extração e Avaliação Crítica

A seleção ocorreu por leitura de títulos, resumos e textos completos. Conforme o registro de seleção utilizado na elaboração do manuscrito, 23 registros candidatos foram reunidos; 5 foram removidos antes da triagem; 18 foram avaliados por título e resumo; 5 foram excluídos nessa etapa; 13 textos completos foram examinados; 1 protocolo sem resultados finais foi excluído; e 12 estudos foram incluídos. Os quantitativos devem permanecer vinculados à planilha de busca e seleção para possibilitar auditoria acadêmica.

Figura 1. Fluxo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos



Fonte: elaboração dos autores, 2026.

Os dados foram organizados em matriz contendo autoria, ano, país, delineamento, amostra, população, tecnologia, suporte profissional, comparador, instrumentos, seguimento, resultados e limitações. A avaliação crítica foi descritiva e compatível com cada delineamento. Nos ensaios, foram considerados randomização, comparabilidade inicial, perdas, análise conforme a alocação, validade da mensuração e adequação da análise. Nos estudos de viabilidade, examinaram-se recrutamento, retenção, engajamento, aceitabilidade e clareza dos desfechos.

5.6. Síntese dos Dados

Devido à heterogeneidade das intervenções, dos instrumentos, do grau de suporte e do período de acompanhamento, realizou-se síntese narrativa temática, sem meta-análise própria. Os achados foram organizados em caracterização dos estudos; efetividade

clínica; aceitabilidade, adesão e segurança; barreiras e equidade; implicações para o SUS e para o contexto regional; e aspectos éticos e legais.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram sintetizados 12 estudos primários publicados entre 2019 e 2025, com amostras que variaram de 65 a 5.017 participantes. Predominaram ensaios randomizados; também foram incluídos estudos pragmáticos e de viabilidade. As tecnologias abrangeram psicoeducação por smartphone, terapia cognitivo-comportamental via internet, psicoterapia por telefone ou telemedicina, mindfulness digital, chatbot, recurso web psicoeducativo e aplicativo de telenfermagem.

6.1. Caracterização dos Estudos

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos. A maior parte foi conduzida em países de alta renda e entre participantes com acesso prévio a smartphone ou internet. Essa composição favorece a avaliação da eficácia em usuárias digitalmente conectadas, mas limita a extrapolação para territórios com baixa conectividade ou menor letramento digital.

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na síntese integrativa

Estudo	País	Delineam ento	Amostra	Tecnologi a/interven ção	Síntese achado
Chan et al, 2019	Hong Kong	ECR	660	Psicoeduc ação por	Pequer redução

smartpho ne + cuidado usual	da EPD em 4 seman benefic inicial
--------------------------------------	---

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/avancos-tecnologicos-para-a-manutencao-da-saude-mental-no-puerperio-uma-revisao-integrativa?noblockage>

Fonte: elaboração dos autores a partir dos estudos incluídos.

Nota: ECR = ensaio clínico randomizado; iCBT = terapia cognitivo-comportamental via internet; CBT = cognitive behavioral therapy; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7.

6.2. Efetividade Clínica

Os resultados mais consistentes foram observados em intervenções psicológicas estruturadas. Dennis et al. (2020) demonstraram menor proporção de participantes clinicamente deprimidas após 12 semanas de psicoterapia interpessoal por telefone conduzida por enfermeiras. Milgrom et al. (2021) verificaram que o MumMoodBooster, uma intervenção de terapia cognitivo-comportamental via internet com acompanhamento, apresentou resultados relevantes quando comparado tanto ao formato presencial quanto ao cuidado usual.

O ensaio SUMMIT acrescentou evidência de grande escala: em 1.230 participantes, a oferta de ativação comportamental por telemedicina atingiu o critério de não inferioridade em relação ao atendimento presencial para sintomas de depressão e ansiedade

em três meses (SINGLA et al., 2025). Esse resultado é aplicável a um modelo clínico estruturado, com treinamento, supervisão e encaminhamento, e não deve ser generalizado para qualquer aplicativo autoguiado.

Programas autoguiados ou de menor intensidade produziram achados heterogêneos. Chan et al. (2019) observaram redução pequena da EPDS após psicoeducação por smartphone. Nishi et al. (2022), apesar da amostra de 5.017 participantes, não encontraram prevenção significativa de novo episódio depressivo na população total; houve apenas sinal de benefício em subgrupo com sintomas subclínicos. Zhang et al. (2023) tampouco identificaram redução significativa global de depressão ou ansiedade com mindfulness digital autoguiado, em estudo marcado por perdas de seguimento.

Aplicativos dirigidos a participantes com sintomas ou maior risco apresentaram resultados promissores, embora nem sempre definitivos. O MomMoodBooster2 produziu maior redução de depressão e estresse do que o cuidado rotineiro em cenário pragmático (DANAHER et al., 2023). O recurso PostpartumCare.ca reduziu sintomas com efeitos pequenos a moderados (LAWRENCE et al., 2024). O Mamá, te entiendo mostrou aceitabilidade e redução preliminar de sintomas, mas o pequeno número de participantes e a baixa conclusão do programa limitam conclusões sobre eficácia (FRANCO et al., 2024).

A análise secundária do Be a Mom indicou manutenção de benefícios em quatro meses e variação da resposta conforme conclusão da intervenção e características basais; por se tratar de análise secundária, os achados sobre moderadores devem ser interpretados como exploratórios (CARONA et al., 2024). No ensaio

Smart Mama, o aplicativo de telenfermagem reduziu depressão e ansiedade em 12 semanas, porém não alterou significativamente o vínculo materno-infantil (OSMAN et al., 2025).

Em conjunto, os resultados corroboram revisões sistemáticas recentes: há benefício médio para intervenções digitais, sobretudo terapia cognitivo-comportamental on-line e modelos com orientação, mas a magnitude varia, e resultados nulos fazem parte do corpo de evidências (LEWKOWITZ et al., 2024; PAN et al., 2025).

6.3. Aceitabilidade, Adesão e Segurança

Aceitabilidade e adesão não foram equivalentes entre as intervenções. No ensaio do chatbot, 91% das usuárias analisadas declararam-se satisfeitas ou muito satisfeitas, mas 40 das 192 participantes randomizadas não responderam à avaliação de seis semanas. No estudo Mamá, te entiendo, somente 44,8% completaram o programa. Esses dados mostram que satisfação entre usuárias que permanecem no estudo não elimina o risco de viés por perdas nem garante uso sustentado em serviços reais (SUHARWARDY et al., 2023; FRANCO et al., 2024).

A segurança precisa ser incorporada ao desenho clínico e tecnológico. Ferramentas voltadas a sintomas leves ou à psicoeducação devem informar limites de uso e oferecer caminhos claros para contato profissional. Suspeita de ideação suicida, psicose, violência, incapacidade de autocuidado ou risco ao bebê requer avaliação imediata e não pode ser manejada apenas por respostas automatizadas.

Quadro 3. Síntese da força e da aplicabilidade das evidências

Domínio	Síntese
Consistência	Moderada: predominaram resultados favoráveis, mas houve ensaios com desfecho principal nulo.
Precisão	Variável: coexistem ensaios grandes e estudos piloto ou de viabilidade com baixo poder.
Aplicabilidade	Maior entre mulheres com acesso digital; limitada em territórios com conectividade ou letramento reduzidos.
Segurança	Exige triagem de risco, limites de escopo, proteção de dados e fluxos de cuidado presencial/urgência.
Síntese global	Evidência moderada para redução de sintomas por intervenções estruturadas; menor para prevenção universal e para equivalência entre todas as tecnologias e o cuidado presencial.

Fonte: elaboração dos autores, 2026.

6.4. Barreiras e Equidade Digital

Quadro 4. Barreiras relevantes à implementação de saúde digital no puerpério

Barreira	Fatores associados	Possível impacto
Socioeconômica	Custo de dados, ausência ou compartilhamento de dispositivos e conectividade limitada.	Menor acesso e interrupção do uso.
Letramento digital	Dificuldade de navegação, linguagem técnica e interfaces complexas.	Frustração, uso inadequado e abandono.
Clínica e pessoal	Sobrecarga materna, fadiga, estigma, baixa motivação e sintomas graves.	Baixa adesão ou necessidade de cuidado mais intensivo.

Cultural e territorial	Conteúdo pouco adaptado, idioma e baixa participação das comunidades no desenho.	Menor confiança, compreensão e efetividade.
Ética e segurança	Privacidade insuficiente, dados compartilhados sem clareza e ferramentas não validadas.	Quebra de sigilo, atraso no cuidado e risco de dano.

Fonte: elaboração dos autores com base em Crawford e Serhal (2020) e Organização Mundial da Saúde (2022).

A equidade digital deve ser considerada desde o planejamento. Uma intervenção só acessível em conexão contínua, em aparelho individual e com alto nível de leitura pode excluir justamente as mulheres que enfrentam maiores barreiras ao cuidado. Para reduzir esse risco, são recomendáveis linguagem clara, baixo consumo de dados, recursos assíncronos, compatibilidade com aparelhos simples, participação das usuárias no desenvolvimento e alternativas presenciais.

6.5. Implicações para o SUS, Rondônia e Vilhena

No SUS, tecnologias digitais podem apoiar rastreamento, educação em saúde, teleconsultoria, teleatendimento e continuidade do cuidado, desde que articuladas à Atenção Primária e à Rede de Atenção Psicossocial. A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 orienta a transformação digital e a integração de informações e serviços, mas a incorporação de uma tecnologia específica exige governança, avaliação e responsabilização clínica (BRASIL, 2020).

A Região Norte combina grandes distâncias territoriais, baixa densidade populacional em extensas áreas e desigualdade no

acesso a especialistas. Em Rondônia, o ganho potencial está na redução de deslocamentos e na criação de retaguarda especializada para equipes locais. Soluções assíncronas e de baixo consumo de dados tendem a ser mais robustas em áreas de conexão instável do que modelos dependentes exclusivamente de videoconferência.

Vilhena, no Cone Sul de Rondônia, tinha 95.832 habitantes no Censo de 2022 e exerce função regional de prestação de serviços (IBGE, 2022). Um projeto local deveria começar por diagnóstico da conectividade das unidades, capacidade de encaminhamento e disponibilidade de profissionais. Agentes comunitários e equipes de Saúde da Família podem apoiar inclusão e seguimento, enquanto serviços de referência precisam receber casos de maior gravidade. O modelo mais coerente é híbrido: presença territorial da Atenção Primária associada a suporte remoto especializado.

6.6. Aspectos Éticos, Legais e Proteção de Dados

Dados de saúde são pessoais sensíveis nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Seu tratamento deve observar finalidade, necessidade, segurança, prevenção, transparência e os direitos do titular. O consentimento não é a única base legal possível em saúde; a base aplicável depende da finalidade e do contexto de tratamento (BRASIL, 2018).

A telessaúde em território nacional foi disciplinada pela Lei nº 14.510/2022, e a telemedicina é regulamentada pela Resolução CFM nº 2.314/2022. Na Psicologia, a Resolução CFP nº 9/2024 regulamenta o exercício profissional mediado por tecnologias digitais. Em qualquer modalidade, permanecem as obrigações de competência, sigilo, informação à usuária, registro adequado e encaminhamento

quando o recurso remoto não for suficiente (BRASIL, 2022; CFM, 2022; CFP, 2024).

Antes da adoção, serviços devem examinar quem controla os dados, quais informações são coletadas, onde são armazenadas, com quem são compartilhadas e como incidentes serão comunicados. Ferramentas automatizadas podem apoiar triagem e organização, mas não devem ser apresentadas como diagnóstico ou substituto do julgamento clínico.

6.7. Limitações

A heterogeneidade entre intervenções, instrumentos e períodos de seguimento impediu síntese quantitativa própria e limita comparações diretas. Parte dos estudos foi realizada em países de alta renda e exigiu acesso a smartphone ou internet, reduzindo a generalização para populações rurais, indígenas, ribeirinhas e socialmente vulneráveis. Alguns trabalhos tiveram amostras pequenas, perdas elevadas ou objetivos de viabilidade, e uma análise incluída reutilizou dados de ensaio anterior.

Também se reconhece que tecnologias e normas se modificam rapidamente. A validade desta revisão depende da preservação do histórico de busca, da planilha com decisões de inclusão e exclusão e da conferência final dos quantitativos do fluxo. Essas informações devem permanecer disponíveis aos autores e ao orientador, ainda que não integrem o corpo do trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências analisadas indicam que tecnologias digitais podem ampliar o acesso e reduzir sintomas de depressão e ansiedade no

período perinatal, sobretudo quando oferecem intervenção psicológica estruturada e suporte profissional. Entretanto, a efetividade não é uniforme: depende da população, do tipo de tecnologia, da intensidade, da adesão e da integração com a assistência convencional.

Ensaio de psicoterapia remota e terapia cognitivo-comportamental via internet apresentaram os achados mais consistentes. Aplicativos psicoeducativos, mindfulness e chatbots podem funcionar como prevenção seletiva, apoio de baixo limiar, monitoramento ou complemento do cuidado, mas resultados nulos e perdas de seguimento impedem afirmar benefício universal. A não inferioridade observada em telemedicina refere-se a um modelo clínico estruturado e não a qualquer ferramenta digital.

Para o SUS e para municípios da Região Norte, a saúde digital pode reduzir barreiras geográficas quando acompanhada por conectividade, letramento digital, proteção de dados, capacitação das equipes e rotas presenciais de cuidado. Tecnologias devem ser incorporadas como parte de uma rede humanizada e baseada em evidências, mantendo avaliação clínica e resposta rápida a situações de risco.

Pesquisas futuras devem ampliar a representação de populações vulneráveis, avaliar custo-efetividade, segurança, adesão e desfechos de longo prazo, além de comparar modelos com diferentes níveis de suporte profissional. Na prática, a pergunta central não é apenas se a tecnologia funciona, mas em quais condições ela produz benefício sem ampliar desigualdades ou comprometer a segurança das usuárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIFIN, S. R. M. et al. An evaluation of digital intervention for perinatal depression and anxiety: a systematic review. *AIMS Public Health*, v. 11, n. 2, p. 499–525, 2024. DOI: 10.3934/publichealth.2024025.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Autoriza e disciplina a prática da telessaúde em todo o território nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.632, de 21 de dezembro de 2020. Institui a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CARONA, C. et al. For whom and for how long does the ‘Be a Mom’ intervention work? A secondary analysis of data from a randomized controlled trial exploring the mid-term efficacy and moderators of treatment response. *Behavior Therapy*, v. 55, n. 4, p. 768–785, 2024. DOI: 10.1016/j.beth.2023.11.001.

CHAN, K. L. et al. Using smartphone-based psychoeducation to reduce postnatal depression among first-time mothers: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 7, n. 5, e12794, 2019. DOI: 10.2196/12794.

CHEN, C. et al. Effectiveness of digital psychological interventions in reducing perinatal depression: a systematic review of meta-analyses.

Archives of Women's Mental Health, v. 26, n. 4, p. 423–439, 2023. DOI: 10.1007/s00737-023-01327-y.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Brasília, DF: CFM, 2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2314>. Acesso em: 2 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 9, de 18 de julho de 2024. Regulamenta o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação. Brasília, DF: CFP, 2024. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-9-2024>. Acesso em: 2 set. 2026.

CRAWFORD, A.; SERHAL, E. Digital health equity and COVID-19: the innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 6, e19361, 2020. DOI: 10.2196/19361.

DANAHER, B. G. et al. Trial of a patient-directed eHealth program to ameliorate perinatal depression: the MomMoodBooster2 practical effectiveness study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 228, n. 4, p. 453.e1–453.e10, 2023. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.09.027.

DENNIS, C.-L. et al. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 216, n. 4, p. 189–196, 2020. DOI: 10.1192/bjp.2019.275.

FRANCO, P. et al. Guided web app intervention for reducing symptoms of depression in postpartum women: results of a feasibility randomized controlled trial. *Internet Interventions*, v. 36, 100744, 2024. DOI: 10.1016/j.invent.2024.100744.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Vilhena: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/vilhena/panorama>. Acesso em: 2 set. 2026.

LAWRENCE, C. G. et al. Effectiveness of a web-enabled psychoeducational resource for postpartum depression and anxiety among women in British Columbia. *Archives of Women's Mental Health*, v. 27, n. 6, p. 995–1010, 2024. DOI: 10.1007/s00737-024-01468-8.

LEWKOWITZ, A. K. et al. The effect of digital health interventions on postpartum depression or anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 230, n. 1, p. 12–43, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.06.028.

MILGROM, J. et al. Internet and face-to-face cognitive behavioral therapy for postnatal depression compared with treatment as usual: randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 12, e17185, 2021. DOI: 10.2196/17185.

NISHI, D. et al. The preventive effect of internet-based cognitive behavioral therapy for prevention of depression during pregnancy and in the postpartum period: a large scale randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 76, n. 11, p. 570–578, 2022. DOI: 10.1111/pcn.13458.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>. Acesso em: 2 set. 2026.

OSMAN, Y. M. et al. Effectiveness of Smart Mama application on postpartum depression, anxiety, and maternal-infant bonding among women during the postnatal period: a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, v. 24, 452, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-03072-2.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PAN, J. et al. The effects of online cognitive behavioral therapy on postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, v. 13, n. 7, 696, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13070696.

SINGLA, D. R. et al. Task-sharing and telemedicine delivery of psychotherapy to treat perinatal depression: a pragmatic, noninferiority randomized trial. *Nature Medicine*, v. 31, n. 4, p. 1214–1224, 2025. DOI: 10.1038/s41591-024-03482-w.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

SUHARWARDY, S. et al. Feasibility and impact of a mental health chatbot on postpartum mental health: a randomized controlled trial. *AJOG Global Reports*, v. 3, n. 3, 100165, 2023. DOI: 10.1016/j.xagr.2023.100165.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

ZHANG, X. et al. Effectiveness of digital guided self-help mindfulness training during pregnancy on maternal psychological distress and infant neuropsychological development: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, v. 25, e41298, 2023. DOI: 10.2196/41298.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU, campus Vilhena, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

¹ Discente. Centro Universitário Maurício de Nassau – Uninassau
Uninassau – Vilhena. Curso de Medicina.

² Discente. Centro Universitário Maurício de Nassau – Uninassau
Uninassau – Vilhena. Curso de Medicina.

³ Orientador