

SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PERÍODO PERINATAL EM MULHERES BRASILEIRAS: REVISÃO NARRATIVA

**DEPRESSIVE SYMPTOMS IN THE PERINATAL PERIOD AMONG BRAZILIAN
WOMEN: A NARRATIVE REVIEW**

Ciências da Saúde • 01/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790772992](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790772992)

Mirella Siqueira Campos Santana¹

Audrey Ribeiro Fischer²

RESUMO

A saúde mental perinatal abrange problemas que podem surgir durante a gestação e após o parto, com repercussões para a mulher, o cuidado materno e a relação com o recém-nascido. Este artigo analisou sintomas depressivos e fatores associados em estudos realizados com mulheres brasileiras. Foi conduzida uma revisão narrativa com busca estruturada nas bases PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online, atualizada em 5 de agosto de 2026. Foram considerados estudos empíricos publicados entre 2010 e 2025, em português, inglês ou espanhol, com participantes brasileiras avaliadas durante a gestação ou até 12 meses após o parto. Quinze artigos compuseram a síntese, correspondentes a quatorze amostras independentes. As frequências de sintomas depressivos variaram de 9,4% a 36,7% conforme o momento da avaliação, o instrumento, o ponto de corte e as características da amostra. Dois artigos analisaram a mesma amostra com pontos de corte diferentes, e a mudança de critério alterou a frequência estimada em sete pontos percentuais. Menor apoio social, violência por parceiro íntimo, desrespeito e abuso na assistência ao parto, vulnerabilidade socioeconômica, gravidez não pretendida e antecedentes de sofrimento psíquico apareceram entre os fatores associados. Os resultados obtidos por escalas devem ser interpretados como rastreamento de sintomas ou risco, e não como diagnóstico clínico. A heterogeneidade metodológica não permite estabelecer uma prevalência única para o país. Os achados indicam a necessidade de atenção aos sintomas depressivos no cuidado pré-natal e puerperal, acompanhada de avaliação clínica e encaminhamento quando necessário.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Saúde Mental; Assistência Perinatal; Gestantes; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Perinatal mental health includes problems that may arise during pregnancy and after childbirth, with consequences for women, maternal care and the relationship with the newborn. This article analyzed depressive symptoms and associated factors in studies conducted with Brazilian women. A narrative review with a structured search was conducted in PubMed/MEDLINE and the Scientific Electronic Library Online, updated on August 5, 2026. Empirical studies published from 2010 to 2025 in Portuguese, English or Spanish were considered when they assessed Brazilian women during pregnancy or up to 12 months after childbirth. Fifteen articles were included in the synthesis, corresponding to fourteen independent samples. The frequency of depressive symptoms ranged from 9.4% to 36.7% according to the assessment period, instrument, cut-off point and sample characteristics. Two articles analyzed the same sample with different cut-off points, and this change altered the estimated frequency by seven percentage points. Lower social support, intimate partner violence, disrespect and abuse during childbirth care, socioeconomic vulnerability, unintended pregnancy and previous emotional distress were among the associated factors. Results obtained through screening scales should be interpreted as indicating symptoms or risk, not as clinical diagnoses. Methodological heterogeneity does not allow the estimation of a single prevalence for Brazil. The findings indicate the need to address depressive symptoms in prenatal and postpartum care, followed by clinical assessment and referral when necessary.

Keywords: Depression; Postpartum; Mental Health; Perinatal Care; Pregnant Women; Postpartum Period.

1. INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério envolvem mudanças corporais, familiares e sociais que podem coincidir com o aparecimento ou o agravamento de sofrimento psíquico. A expressão saúde mental perinatal é utilizada neste artigo em sentido ampliado, abrangendo a gestação e os 12 primeiros meses após o parto. Essa delimitação é diferente do conceito epidemiológico estrito de período perinatal, iniciado na 22ª semana completa de gestação e encerrado sete dias após o nascimento, mas corresponde ao intervalo empregado em parte relevante da produção sobre depressão materna. A depressão pode ocorrer durante a gravidez, persistir após o nascimento ou começar no puerpério. O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais utiliza o especificador “com início no periparto” quando o episódio começa durante a gestação ou nas quatro semanas posteriores ao parto (American Psychiatric Association, 2014).

Essa definição clínica não se confunde com o intervalo ampliado adotado nas pesquisas de saúde mental perinatal. Escalas como a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) indicam sintomas ou probabilidade de depressão e auxiliam a identificação de mulheres que precisam de avaliação profissional, mas não substituem entrevista e diagnóstico clínicos.

A magnitude do problema é reconhecida internacionalmente. A Organização Mundial da Saúde estima que uma em cada dez mulheres em países de alta renda e uma em cada cinco em países de baixa e média renda apresentam ansiedade e depressão no período perinatal, e que cerca de 20% das mulheres com essas condições relatam ideação suicida ou atos de autolesão (WORLD Health Organization, 2022).

Esses números situam o Brasil entre os contextos em que a frequência esperada é mais alta e em que a organização do cuidado tem maior peso. A produção brasileira apresenta frequências variadas de sintomas depressivos. Parte dessa variação decorre de diferenças entre amostras, pontos de corte, períodos de avaliação e condições sociais.

A revisão da literatura publicada por Grillo et al. (2024), que reuniu 94 artigos, identificou a depressão como o problema de saúde mental mais estudado, com 51 publicações, e apontou predomínio de delineamentos transversais e de pesquisas realizadas na Região Sudeste. Esses elementos mostram que a frequência registrada em um serviço ou município não pode ser generalizada automaticamente para todas as mulheres brasileiras. A concentração de pesquisas sobre depressão permitiu delimitar a revisão a esse desfecho e examinar suas variações durante a gestação e após o parto.

A pergunta que orientou o estudo foi: quais sintomas depressivos e fatores associados foram identificados em pesquisas com mulheres brasileiras durante a gestação e até 12 meses após o parto? O objetivo foi analisar os sintomas depressivos e os fatores associados descritos nesses estudos. Especificamente, buscou-se descrever as frequências relatadas, examinar os instrumentos de rastreamento e os pontos de corte adotados e organizar os fatores sociodemográficos, clínicos, obstétricos e psicossociais associados.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com busca estruturada, destinada a reunir e discutir estudos empíricos com diferentes delineamentos. Essa modalidade foi escolhida porque a pergunta abrange distintos momentos do ciclo gravídico-puerperal e pesquisas observacionais e de intervenção. Os procedimentos de busca e elegibilidade descritos a seguir delimitaram o conjunto analisado, sem a pretensão de caracterizar a revisão como sistemática. Não foi realizada metanálise, e os resultados não devem ser interpretados como estimativa nacional de prevalência.

2.2. Fontes, Período e Estratégia de Busca

As buscas foram realizadas na PubMed/MEDLINE e na Scientific Electronic Library Online, com atualização em 05 de agosto de 2026. O recorte temporal compreendeu janeiro de 2010 a dezembro de 2025. Foram combinados termos relacionados ao Brasil, à gestação e ao puerpério e à depressão, na seguinte formulação: (Brazil OR Brazilian) AND (pregnancy OR perinatal OR postpartum OR puerperium) AND depression. Na SciELO foram empregados os equivalentes em português e inglês. Foram realizadas buscas complementares com os termos depressive symptoms, maternal mental health, Edinburgh Postnatal Depression Scale, intimate partner violence e childbirth experience. Essas expressões ampliaram a localização de estudos potencialmente elegíveis e não funcionaram como categorias definidas antecipadamente para a análise. Também foram examinadas as referências dos artigos selecionados e da revisão de Grillo *et al.* (2024).

O arquivo de trabalho da autora registrou as expressões de busca e os estudos recuperados, mas não preservou de maneira uniforme os campos pesquisados, os filtros aplicados, o número de registros por

execução e os dados de deduplicação. Esses elementos não foram reconstruídos posteriormente nem apresentados como se integrassem o protocolo inicial, e por isso não foi elaborado fluxograma quantitativo. As consequências dessa lacuna para a reprodutibilidade são retomadas na seção 4.3.

2.3. Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos artigos empíricos publicados em português, inglês ou espanhol, entre 2010 e 2025, que avaliaram mulheres residentes no Brasil durante a gestação ou até 12 meses após o parto e apresentaram dados sobre sintomas depressivos. Foram aceitos estudos transversais, de coorte, caso-controle e ensaios, desde que apresentassem resultados específicos para a população e o período definidos. Foram excluídos editoriais, cartas, relatos de caso, protocolos, revisões, estudos de validação sem análise do desfecho, pesquisas com dados exclusivamente internacionais sem resultados separados para o Brasil, estudos realizados após 12 meses do parto e publicações que tratavam apenas de condições físicas. Revisões foram utilizadas somente para contextualização e rastreamento de referências, sem integrar o conjunto dos estudos primários.

2.4. Seleção, Extração e Síntese

A triagem por títulos e resumos, a leitura dos textos completos e a extração dos dados foram conduzidas pela autora, sem duplicação independente por segundo avaliador. Em cada estudo foram extraídos autoria, ano, local, desenho, amostra, momento da avaliação, instrumento, ponto de corte, frequência de sintomas e fatores associados. Quando o artigo original não informava algum

desses itens, o campo correspondente foi registrado como não informado no Quadro 1.

A síntese foi organizada em dois eixos: sintomas depressivos e fatores associados. Como os estudos utilizaram instrumentos, pontos de corte e períodos diferentes, não foi calculada prevalência combinada, e os percentuais foram mantidos no contexto de cada amostra. A apreciação crítica considerou a definição da amostra, a temporalidade da medida, o uso de instrumento identificado, o controle de confundimento e os limites para inferência causal, e está sintetizada no Quadro 2. Não foi aplicado retrospectivamente um instrumento padronizado com escore individual por artigo, pois esse procedimento não integrou o planejamento original. Por utilizar somente artigos publicados e dados agregados de acesso público, o estudo não envolveu contato com participantes nem acesso a informações identificáveis, razão pela qual não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Quinze artigos primários compuseram a síntese, correspondentes a quatorze amostras independentes. Santos, D. F. *et al.* (2021) e Santos, M. L. C. *et al.* (2022) analisam o mesmo banco de dados, originado do projeto Violência contra a mulher na gestação e a depressão pós-parto, conduzido em maternidade pública de Cariacica, no Espírito Santo, entre agosto e outubro de 2017. Os dois artigos foram mantidos por adotarem pontos de corte e recortes analíticos distintos, e essa sobreposição é considerada na leitura dos resultados.

Embora o recorte tenha compreendido janeiro de 2010 a dezembro de 2025, o primeiro artigo incluído foi publicado em 2011 e o mais recente em 2022. O conjunto reuniu coortes, estudos transversais e uma pesquisa longitudinal com componente de intervenção, realizados em São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Pernambuco, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e Acre. A EPDS foi o instrumento mais frequente, presente em treze dos quinze artigos, isolada ou combinada a outras medidas. As amostras variaram de 89 a 3.065 participantes. O Quadro 1 reúne as características dos estudos incluídos.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na revisão

Estudo	Desenho, amostra e local	Instrumento, ponto de corte e momento	Resultado principal
Konradt <i>et al.</i> (2011)	Coorte, 1.019 mulheres, Pelotas, RS	EPDS; ponto de corte não informado; apoio social medido na gestação e sintomas no pós-parto	16,5% apresentaram sintomas depressivos após o parto. Menor apoio do companheiro e de outras pessoas esteve associado ao desfecho.
Zaconeta <i>et al.</i> (2013)	Coorte prospectiva, 107 mulheres submetidas a cesariana eletiva, Brasília, DF	EPDS; ponto de corte não informado; antes do parto e entre a quarta e a oitava semana após	10,3% apresentaram sintomas na gestação e 11,2% no pós-parto. Em 5,6% da amostra os sintomas começaram após o nascimento.
Zubaran e Foresti (2013)	Transversal, 89 mães, Sul do Brasil	EPDS e PDSS; ponto de corte não informado; pós-parto	Maior sintomatologia depressiva esteve inversamente relacionada à

			autoeficácia para amamentar.
Brito <i>et al.</i> (2015)	Coorte, 1.121 gestantes e 1.057 avaliadas após o parto, Recife, PE	EPDS; ponto de corte não informado; gestação e pós-parto	25,9% apresentaram sintomas. Gravidez não pretendida permaneceu associada após ajuste para variáveis de confundimento.
Morais <i>et al.</i> (2015)	Transversal, 462 mulheres de hospitais público e privado, São Paulo, SP	EPDS, medidas de apoio social e fatores psicossociais; ponto de corte não informado; pós-parto	A frequência e os fatores associados variaram entre os serviços. Apoio social e condições da relação conjugal foram relevantes em ambos.
Rebello <i>et al.</i> (2016)	Coorte prospectiva de gestantes, Rio de Janeiro, RJ; amostra não informada no registro de extração	Instrumento e ponto de corte não informados; gestação e pós-parto	Os sintomas variaram ao longo do seguimento. A adiponectina plasmática foi examinada como exposição biológica associada.
Abuchaim <i>et al.</i> (2016)	Transversal, 208 puérperas, São Paulo, SP	EPDS; ponto de corte não informado; pós-parto	31,3% apresentaram sintomas depressivos. Maior sintomatologia esteve relacionada a menor autoeficácia materna para amamentar.
Lima <i>et al.</i> (2017)	Longitudinal, 272 gestantes acompanhadas em 12 serviços de pré-natal, São Paulo, SP	EPDS, escore igual ou maior que 13; 20ª, 28ª e 36ª semanas de gestação	27,2%, 21,7% e 25,4% nos três momentos. Violência psicológica dobrou a chance de sintomas. Escolaridade mais alta e gestação

			planejada apareceram como proteção.
Hartmann <i>et al.</i> (2017)	Transversal, 2.687 puérperas, Rio Grande, RS	EPDS; ponto de corte não informado; pós- parto imediato	Aproximadamente uma em cada sete participantes apresentou sintomas. Apoio do companheiro e maior escolaridade apareceram como fatores protetores.
Arrais <i>et al.</i> (2018)	Longitudinal em três fases, 198 gestantes, com grupos de intervenção e controle na análise final	EPDS e instrumentos de fatores de risco e proteção; ponto de corte não informado; gestação e pós- parto	Gravidez não pretendida e falta de apoio do pai estiveram associadas aos sintomas. Participação no pré- natal psicológico e gravidez desejada apareceram associadas à ausência de sintomas.
Silveira, M. S. <i>et al.</i> (2018)	Coorte com mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave; amostra e local não informados no registro de extração	Instrumento e ponto de corte não informados; pós-parto	O estudo examinou sintomas depressivos após complicações maternas graves. O delineamento permite observar temporalidade, mas não elimina confundimento clínico e social.
Silveira, M. F. <i>et al.</i> (2019)	Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, 3.065 mulheres, Pelotas, RS	EPDS, escores iguais ou maiores que 13 e que 15; três meses após o parto	9,4% com sintomas moderados ou mais intensos e 5,7% com sintomas acentuados. Abuso verbal durante o parto associou-se a sintomas moderados

			(OR 1,58; IC95% 1,06-2,33) e abuso físico a sintomas acentuados (OR 2,28; IC95% 1,26-4,12).
Santos, D. F. <i>et al.</i> (2021)	Transversal, 330 puérperas, maternidade pública de risco habitual, Cariacica, ES	EPDS, escore igual ou maior que 10; pós-parto imediato; coleta de agosto a outubro de 2017	36,7% apresentaram sintomas. Violência por parceiro íntimo, estado civil, desejo de abortar e uso de álcool na gestação permaneceram associados.
Santos, M. L. C. <i>et al.</i> (2022)	Transversal, mesma amostra de 330 puérperas de Santos, D. F. <i>et al.</i> (2021), Cariacica, ES	EPDS, escore igual ou maior que 12, e Medical Outcomes Study para apoio social; pós-parto imediato; coleta de agosto a outubro de 2017	29,7% apresentaram sintomas. Idade entre 14 e 24 anos, escolaridade de até oito anos e baixo apoio social afetivo e emocional estiveram associados.
Silva <i>et al.</i> (2022)	Coorte MINA-Brasil, 461 mulheres na gestação e 247 no seguimento pós-parto, Cruzeiro do Sul, AC	SRQ-20, escore igual ou maior que 8, na gestação; EPDS, escore igual ou maior que 10, no pós-parto; primeiro ano após o parto	Cerca de 20% apresentaram sintomas depressivos em algum momento do primeiro ano. Maior paridade e menor escolaridade estiveram associadas. Transtorno mental comum persistente na gestação elevou o risco de sintomas no pós-parto (RR 5,6; IC95% 2,50-12,60).

Fonte: Elaborado a partir dos estudos incluídos na revisão, 2026.

3.1. Sintomas Depressivos Durante a Gestação e Após o Parto

Os percentuais não foram uniformes e não devem ser comparados como se medissem o mesmo fenômeno. Entre os estudos de base populacional ou de grande porte, Konradt *et al.* (2011) encontraram sintomas depressivos pós-parto em 16,5% das 1.019 participantes de Pelotas, e Hartmann *et al.* (2017), em amostra de 2.687 puérperas do município de Rio Grande, encontraram sintomas em aproximadamente uma em cada sete participantes. Na Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, Silveira, M. F. *et al.* (2019) registraram 9,4% de sintomas moderados ou mais intensos e 5,7% de sintomas acentuados aos três meses após o parto, os menores valores do conjunto, obtidos com pontos de corte mais altos, iguais ou maiores que 13 e que 15.

Em serviços e maternidades específicos os percentuais foram mais altos. Brito *et al.* (2015) registraram 25,9% em coorte de mulheres acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família em Recife e Abuchaim *et al.* (2016) encontraram 31,3% entre 208 puérperas em São Paulo. Os dois artigos conduzidos em Cariacica pedem leitura conjunta, porque analisam a mesma amostra de 330 puérperas. Santos, D. F. *et al.* (2021), com ponto de corte igual ou maior que 10, encontraram 36,7% de sintomas depressivos, o valor mais alto da série. Santos, M. L. C. *et al.* (2022), com ponto de corte igual ou maior que 12 no mesmo banco, encontraram 29,7%.

Esse par isola aquilo que a comparação entre estudos diferentes apenas permite supor. Mantidas a amostra, a escala e o momento da coleta, a elevação de dois pontos no critério de positividade reduziu a frequência estimada em sete pontos percentuais. Quando as demais condições também variam, a distância cresce. Silveira, M. F.

et al. (2019) e Santos, D. F. *et al.* (2021) avaliaram sintomas com a mesma escala e chegaram a 9,4% e 36,7%, em parte porque o primeiro estudo adotou pontos de corte mais restritivos e mediu três meses após o parto, e o segundo adotou o corte mais baixo da série e mediu ainda na internação. A aplicação da EPDS durante a internação pode captar sofrimento relacionado ao parto e sintomas iniciados anteriormente, enquanto avaliações domiciliares ou realizadas meses depois medem outra etapa do puerpério.

Os estudos que acompanharam as mesmas mulheres em momentos sucessivos permitem observar essa dinâmica. Lima *et al.* (2017), com 272 gestantes de serviços públicos de São Paulo e ponto de corte igual ou maior que 13, encontraram 27,2% na 20^a semana, 21,7% na 28^a e 25,4% na 36^a, o que indica oscilação e não trajetória linear. Zaconeta *et al.* (2013) encontraram sintomas em 10,3% das participantes no final da gestação e em 11,2% após o parto, mas apenas 5,6% corresponderam a sintomas com início no pós-parto. Silva *et al.* (2022), na coorte MINA-Brasil, em Cruzeiro do Sul, no Acre, verificaram que cerca de 20% das mulheres apresentaram sintomas depressivos em algum momento do primeiro ano, e que a persistência de transtorno mental comum durante a gestação elevou em 5,6 vezes o risco de sintomas no pós-parto. Rebelo *et al.* (2016) acompanharam sintomas em diferentes momentos da gestação e do puerpério e examinaram a adiponectina plasmática como exposição biológica. Esse conjunto reforça a necessidade de avaliar a trajetória dos sintomas, e não apenas o momento em que a escala foi aplicada.

A sintomatologia depressiva também apareceu associada ao cuidado materno. Zubaran e Foresti (2013), com 89 mães do Sul do país, e Abuchaim *et al.* (2016) identificaram relação inversa entre

sintomas depressivos e autoeficácia para amamentar. Como os desenhos não estabelecem direção causal, os resultados indicam associação e apoiam a oferta conjunta de acolhimento em saúde mental e orientação para amamentação.

3.2. Fatores Associados

Os fatores associados foram agrupados em dimensões que se sobrepõem. Vulnerabilidade socioeconômica, menor escolaridade e baixa renda apareceram em Hartmann *et al.* (2017), Silva *et al.* (2022) e nos dois artigos de Cariacica, mas não atuam de forma isolada. Essas condições podem estar ligadas a maior exposição ao estresse, dificuldades de acesso aos serviços, insegurança alimentar, menor autonomia financeira e redes de apoio mais restritas. O artigo não interpreta pobreza como causa direta de transtorno mental, mas como condição relacionada a exposições e recursos desiguais.

O apoio social foi um dos fatores mais consistentes. Konradt *et al.* (2011), Morais *et al.* (2015) e Hartmann *et al.* (2017) relacionaram menor apoio percebido, menor apoio do companheiro ou relações conjugais insatisfatórias a maior frequência de sintomas, e Santos, M. L. C. *et al.* (2022) chegaram ao mesmo resultado em Cariacica, com medida específica de apoio social afetivo e emocional.

Arrais *et al.* (2018) registraram a falta de apoio do pai entre os fatores associados e a gravidez desejada entre os fatores ligados à ausência de sintomas. A associação não significa que viver com parceiro seja sempre protetivo, pois a qualidade da relação precisa ser considerada. Santos, D. F. *et al.* (2021) mostraram que a violência por parceiro íntimo, tanto ao longo da vida quanto durante a gestação, esteve associada a maior prevalência de sintomas depressivos. A

mesma relação que pode oferecer suporte também pode representar exposição à violência.

A violência não se restringe ao âmbito doméstico. Silveira, M. F. *et al.* (2019) analisaram o desrespeito e o abuso na assistência ao parto e encontraram associação entre abuso verbal e sintomas depressivos moderados ou mais intensos, e entre abuso físico e sintomas acentuados. Lima *et al.* (2017) já haviam identificado a violência psicológica como fator associado durante a gestação, com chance duas vezes maior de sintomas, independentemente do trimestre avaliado. Esses achados situam o próprio serviço de saúde como espaço em que a exposição pode ocorrer.

Entre os fatores clínicos e obstétricos, Brito *et al.* (2015) encontraram associação entre gravidez não pretendida e sintomas depressivos após o parto, mantida após ajuste para variáveis de confundimento, e Arrais *et al.* (2018) registraram achado na mesma direção. Santos, D. F. *et al.* (2021) identificaram associação com desejo de abortar e uso de álcool durante a gestação. Silva *et al.* (2022) encontraram associação com maior paridade e com a persistência de transtorno mental comum ao longo da gestação. Silveira, M. S. *et al.* (2018) examinaram sintomas depressivos em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave, situando as complicações obstétricas entre as experiências relacionadas ao sofrimento psíquico no puerpério.

O conjunto mostra que a saúde mental perinatal está relacionada a condições clínicas e sociais. Apoio social reduzido, violência em suas diferentes formas, dificuldades econômicas, antecedentes de sofrimento e eventos obstétricos adversos apareceram de modo recorrente. A maior parte dos estudos é transversal e não permite

estabelecer causalidade. Ainda assim, esses fatores podem orientar perguntas durante o pré-natal e o puerpério, desde que sejam abordados sem julgamento e com atenção às condições concretas da mulher. Esses resultados devem sustentar avaliação individualizada, e não a criação de um perfil fixo de mulher em risco.

Figura 1. Fatores associados aos sintomas depressivos no período perinatal



Fonte: Elaborada pela autora com base nos estudos incluídos na revisão, 2026³.

A organização apresentada na Figura 1 permite visualizar que os fatores associados se distribuem entre condições sociais, relacionais, clínicas e obstétricas que podem ocorrer simultaneamente. A interpretação desses achados, contudo, depende das características dos estudos que os produziram, especialmente do delineamento, do momento da avaliação e dos limites para estabelecer temporalidade e causalidade. O Quadro 2 sintetiza essas contribuições e limitações metodológicas.

Quadro 2. Avaliação crítica dos delineamentos incluídos

Grupo de estudos	Contribuição	Limite principal	Interpretação adotada
Coortes e estudos longitudinais	Permitem observar a sequência temporal entre exposição e sintomas.	Perdas de seguimento, diferenças entre momentos de medida e confundimento residual.	Associações foram descritas sem atribuição causal automática.
Estudos transversais	Estimam a frequência de sintomas e exploram fatores associados em serviços e localidades.	Exposição e desfecho são medidos no mesmo período, o que limita a temporalidade.	Resultados foram mantidos no contexto da amostra, sem generalização nacional.
Estudo longitudinal com intervenção	Permite examinar acompanhamento psicológico e fatores de proteção.	Amostra final reduzida e distribuição dos grupos limitam conclusões sobre efetividade.	O pré-natal psicológico foi tratado como associação observada, não como prova de prevenção.
Conjunto dos estudos	Reúne diferentes regiões, instrumentos e momentos do ciclo gravídico-puerperal.	Heterogeneidade de pontos de corte, amostras e períodos de avaliação.	Foi realizada síntese qualitativa, sem cálculo de prevalência combinada.

Fonte: Elaborado a partir das características metodológicas dos estudos incluídos, 2026.

4. DISCUSSÃO

4.1. A Variação das Frequências e a Comparação com Estimativas Internacionais

A variação encontrada, de 9,4% a 36,7%, não representa contradição entre os estudos. Pesquisas que utilizam instrumentos diferentes, períodos de avaliação distintos e pontos de corte específicos estimam fenômenos que não são equivalentes. O par de artigos de Cariacica sustenta essa afirmação de forma direta, porque neutraliza todas as demais fontes de variação: mesma amostra, mesma escala, mesmo momento de coleta, e uma diferença de sete pontos percentuais produzida apenas pela escolha entre os cortes 10 e 12 (Santos, D. F. *et al.*, 2021; Santos, M. L. C. *et al.*, 2022). O contraste entre Silveira, M. F. *et al.* (2019) e Santos, D. F. *et al.* (2021) acrescenta as demais camadas: mesma escala, resultados separados por 27 pontos percentuais e três decisões metodológicas diferentes, referentes ao ponto de corte, ao momento da medida e ao tipo de amostra. Por isso a síntese qualitativa mostrou-se mais adequada do que o cálculo de uma média, que ocultaria essas diferenças sob um único número.

Situadas em relação às estimativas internacionais, as frequências brasileiras são compatíveis com o que a Organização Mundial da Saúde descreve para países de baixa e média renda, da ordem de uma em cada cinco mulheres, e superiores ao patamar de uma em cada dez atribuído aos países de alta renda (WORLD Health Organization, 2022). Os estudos de base populacional aqui reunidos, com pontos de corte mais altos, aproximam-se do limite inferior desse intervalo, e os estudos conduzidos em maternidades e serviços públicos, com pontos de corte mais baixos e avaliação no pós-parto imediato, ficam acima dele. A leitura mais defensável é

que os dados brasileiros disponíveis descrevem populações específicas em condições específicas, e não uma taxa nacional.

Em relação à produção brasileira, Grillo *et al.* (2024) já haviam identificado a depressão como o desfecho mais estudado e o predomínio de estudos transversais e da Região Sudeste. Os quinze estudos aqui reunidos confirmam esse padrão, com concentração no Sudeste e no Sul, e acrescentam dois elementos. O primeiro é a comparação explícita entre pontos de corte e momentos de avaliação, que permite atribuir parte da variação a decisões metodológicas e não a diferenças entre populações. O segundo é a incorporação de estudos que ampliam o escopo dos fatores associados para além do plano individual e familiar, principalmente a violência institucional na assistência ao parto, analisada por Silveira, M. F. *et al.* (2019), e a morbidade materna grave, examinada por Silveira, M. S. *et al.* (2018).

4.2. Rastreamento, Diagnóstico e Organização do Cuidado

O uso predominante de escalas de rastreamento, especialmente a EPDS, pede cautela na leitura dos resultados. Esses instrumentos auxiliam na identificação de possíveis sintomas depressivos, mas não confirmam diagnóstico. A interpretação inadequada pode levar tanto à classificação de todos os rastreamentos positivos como transtornos confirmados quanto à minimização do sofrimento, com base na ideia de que as alterações emocionais seriam inevitáveis durante a maternidade. No cuidado em saúde, uma pontuação elevada deve levar à escuta clínica, à avaliação da segurança da mulher e, quando necessário, ao acompanhamento especializado.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a atenção materno-infantil crie condições para identificar sintomas e responder de maneira integrada e adaptada ao contexto local (WORLD Health Organization, 2022). No caso brasileiro, isso significa incorporar o rastreamento à rotina do pré-natal e da consulta puerperal na atenção primária, onde a maior parte das mulheres é acompanhada, e não o deixar restrito a serviços especializados. Quando o serviço adota rastreamento, precisa estabelecer quem aplica a escala, como o resultado é registrado no prontuário, quem realiza a avaliação clínica subsequente e para onde a mulher é encaminhada diante de risco de suicídio, violência ou comprometimento funcional. Sem esse fluxo definido, a aplicação da escala produz um número sem consequência assistencial.

Os fatores associados encontrados têm implicações diretas para essa organização. A recorrência do apoio social e da violência por parceiro íntimo indica que a avaliação da rede de apoio e a investigação de violência deveriam integrar a rotina do pré-natal, com garantia de confidencialidade e possibilidade real de encaminhamento. Os achados de Silveira, M. F. *et al.* (2019) acrescentam uma exigência que recai sobre o próprio serviço: se o desrespeito e o abuso na assistência ao parto estão associados a sintomas depressivos, a qualidade do cuidado durante o nascimento passa a ser também uma questão de saúde mental, e não apenas de segurança obstétrica ou de direitos da parturiente.

4.3. Limitações da Revisão

A revisão apresenta limitações relacionadas à amplitude e à documentação da busca. A consulta concentrou-se na PubMed/MEDLINE e na SciELO, o que pode ter impedido a

recuperação de estudos disponíveis exclusivamente em outras fontes, como LILACS, PsycINFO e literatura cinzenta. Como descrito na seção 2.2, o arquivo de trabalho não preservou as contagens por base, os dados de deduplicação, o número de estudos excluídos em cada etapa nem todos os campos e filtros utilizados, o que impede a elaboração retrospectiva de fluxograma quantitativo e a reprodução integral da busca. A seleção e a extração foram realizadas por uma única avaliadora, sem verificação independente, o que aumenta a possibilidade de perda de estudos elegíveis e de erro na extração.

Dois dos quinze artigos incluídos, Santos, D. F. *et al.* (2021) e Santos, M. L. C. *et al.* (2022), derivam do mesmo projeto e da mesma amostra de 330 puérperas de Cariacica. Eles foram mantidos na síntese porque adotam pontos de corte e recortes analíticos distintos, o que permitiu examinar o efeito isolado do critério de positividade, mas não constituem evidências independentes. Os achados sobre apoio social, violência e condições socioeconômicas nessa população devem ser lidos como provenientes de um único estudo de base.

Nenhum estudo incluído foi publicado entre 2023 e 2025, embora esse intervalo integre o recorte declarado. Considerando que Grillo *et al.* (2024) localizaram 51 publicações brasileiras sobre depressão perinatal, a ausência de artigos recentes reflete com maior probabilidade a estratégia de busca adotada do que a inexistência de produção no período. Essa lacuna reduz a atualidade da síntese e deve ser levada em conta na leitura dos resultados.

A apreciação metodológica considerou as características e os limites de cada delineamento, mas não incluiu a aplicação previamente planejada de um instrumento padronizado com pontuação individual por artigo. A heterogeneidade dos instrumentos, dos

pontos de corte e dos períodos avaliados também impediu a realização de metanálise. Parte dos estudos não informou o ponto de corte adotado, o que limita a comparação entre as frequências relatadas. Alguns estudos investigaram sintomas no pós-parto imediato, fase em que manifestações transitórias e condições relacionadas ao parto podem influenciar as respostas das participantes. A concentração regional das pesquisas, no Sudeste e no Sul, reduz a representação das diferentes realidades existentes no país, com exceção da coorte MINA-Brasil, conduzida no Acre.

Estudos futuros poderão ampliar as bases consultadas, preservar e disponibilizar as estratégias completas de busca e avaliar individualmente a qualidade metodológica com instrumentos adequados a cada delineamento. Também são necessárias pesquisas com grupos ainda pouco representados, como mulheres indígenas, residentes em áreas rurais, adolescentes, migrantes e mulheres com deficiência, e estudos que padronizem pontos de corte e momentos de avaliação, condição para que as frequências brasileiras possam ser comparadas entre si.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados registraram sintomas depressivos entre mulheres brasileiras durante a gestação e após o parto, com frequências entre 9,4% e 36,7%. Os percentuais variaram conforme a população, o momento da avaliação, o instrumento e o ponto de corte, razão pela qual não foi definida uma prevalência única para o Brasil. O peso dessa última decisão ficou explícito nos dois artigos que analisaram a mesma amostra de Cariacica e chegaram a 36,7% e 29,7% apenas por adotarem cortes diferentes. Ainda assim, o

conjunto é compatível com o patamar que a Organização Mundial da Saúde atribui aos países de baixa e média renda.

Menor apoio social, violência por parceiro íntimo, desrespeito e abuso na assistência ao parto, condições socioeconômicas desfavoráveis, gravidez não pretendida, antecedentes de sofrimento psíquico e morbidade materna grave apareceram entre os fatores associados. Esses elementos não devem ser utilizados para estabelecer relações causais automáticas, mas podem orientar uma avaliação mais atenta durante o pré-natal e o puerpério. O rastreamento por escalas precisa ser acompanhado de avaliação clínica, escuta qualificada e definição de encaminhamento, com fluxo estabelecido dentro do serviço.

A padronização de pontos de corte e momentos de avaliação, a ampliação das pesquisas para regiões e grupos sociais ainda pouco representados e o registro completo das estratégias de busca em futuras revisões permitirão descrever com mais precisão como os sintomas depressivos se apresentam entre as mulheres brasileiras.

DECLARAÇÕES

Conflito de interesses: A autora declara não possuir conflitos de interesse relacionados à elaboração e à publicação deste artigo.

Financiamento: Esta pesquisa não recebeu financiamento de agências de fomento ou de outras instituições.

Uso de ferramentas de inteligência artificial: A autora utilizou o ChatGPT, da OpenAI, como apoio na revisão da redação e na organização do texto deste artigo. A autora conferiu as informações

e as referências, revisou as sugestões recebidas e assume integral responsabilidade pelo conteúdo final.

Aprovação ética: estudo de revisão baseado exclusivamente em dados agregados de acesso público, sem submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme justificado na seção 2.4.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, E. S. V. *et al.* Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 6, p. 664-670, 2016. DOI: 10.1590/1982-01942016000093. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jMjx8RJSNKvJJVz4ftQ6BhM/?lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARRAIS, A. R. *et al.* Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. 4, p. 711-729, 2018. DOI: 10.1590/1982-3703003342016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nzLTSHjFFvb7BWQB4YmtSmm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10. Ago.2026.

BRITO, C. N. O. *et al.* Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, art. 33, 2015. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005257. disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/469KzHxhMywcJBkd8tyMXyz/?lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

GRILLO, M. F. R. *et al.* Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 73, n. 2, art. e20230098, 2024. DOI: 10.1590/0047-2085-2023-0098. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zrMGGVLtD6PVSBzTDtBqx5t/?lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

HARTMANN, J. M. *et al.* Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 9, art. e00094016, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00094016. Disponível em: <https://repen.com.br/repen/article/view/412>. Acesso em: 10.ago.2026.

KONRADT, C. E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011. DOI: 10.1590/S0101-81082011005000010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/8jyx9Pc78hFHhL5gXPkwKnv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

LIMA, M. O. P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. DOI: 10.1590/1982-0194201700007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NMBmYV38fbJcTFTGmDXLzWh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

MORAIS, M. L. S. *et al.* 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, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015. DOI: 10.5935/1678-4669.20150006. disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/byF3BZQvq5rww8SzdfR9GC/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

REBELO, F. *et al.* Plasma adiponectin and depressive symptoms during pregnancy and the postpartum period: a prospective cohort study. Journal of Affective Disorders, v. 194, p. 171-179, 2016. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.012. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26826867/>. Acesso em: 10.ago.2026.

SANTOS, D. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 4, art. e20201064, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000400002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/R5qVyQjqhRc8fLjbcHxxgFg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10.ago.2026.

SANTOS, M. L. C. *et al.* Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery*, v. 26, art. e20210265, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/wvn5x49ZqbgzhKGS4pqPnqb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2026.

SILVA, B. P. *et al.* Common mental disorders in pregnancy and postnatal depressive symptoms in the MINA-Brazil study: occurrence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, art. 83, 2022. DOI: 10.11606/S1518-8787.2022056004028. disponível em:

https://www.scielo.br/j/rsp/a/WYHp7FrrKVHPNbrrYCZp3Bf/?format=pdf&lang=pt&ilang=pt_BR. Acesso em: 10.ago.2026.

SILVEIRA, M. F. *et al.* The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, v. 256, p. 441-447, 2019. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.016. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31252237/>. Acesso em: 10.ago.2026.

SILVEIRA, M. S. *et al.* A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. *Cadernos Saúde Coletiva*,

v. 26, n. 4, p. 378-383, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800040020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/cZGPcGychPVNvphzrZDQcQz/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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: 16 ago. 2026.

ZACONETA, A. M. *et al.* Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n. 3, p. 130-135, 2013. DOI: 10.1590/S0100-72032013000300007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BRRNhD6V38q7QP9VKKBMQ5q/?lang=en>. Acesso em: 10.ago.2026.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*, v. 4, n. 1, p. 9-15, 2013. DOI: 10.1016/j.srhc.2012.12.001. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23427927/>. Acesso em: 10.ago.2026.

¹ Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal (Cáceres-MT)
<http://lattes.cnpq.br/4825020995056393>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Estácio do Pantanal (Cáceres-MT) E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ **Nota:** As ligações representam associações identificadas nos estudos analisados e não relações causais.