REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO: REVISÃO NARRATIVA SOBRE IDENTIFICAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO

MENTAL HEALTH DURING PREGNANCY AND THE PUERPERIUM: NARRATIVE REVIEW ON IDENTIFICATION AND CARE POSSIBILITIES

Ciências da Saúde • 01/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793401152

Leonardo Diego Lins[1]

Jannine Maria Carvalho Silva[2]

Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão[3]

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais durante a gestação e o puerpério representam importante problema de saúde pública, com repercussões para a saúde das mulheres e de seus filhos. Objetivo: Analisar as evidências sobre a identificação e as possibilidades de cuidado em saúde mental na gestação e no puerpério, destacando o papel do pré-natal, as abordagens terapêuticas e as implicações da farmacoterapia para a amamentação. Metodologia: Revisão narrativa da literatura, com consultas realizadas entre abril e maio de 2026 em PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO e BVS, complementadas pelo UpToDate e por documentos institucionais relacionados ao tema. Resultados: A revisão abordou as seguintes condições: depressão perinatal, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático e psicose puerperal, além do blues puerperal, manifestação esperada do puerpério que deve ser diferenciada dos transtornos; a psicose puerperal destaca-se por sua gravidade, e não por sua frequência. O acompanhamento pré-natal foi apontado como oportunidade para identificação de sintomas, acolhimento e encaminhamento. As possibilidades de cuidado incluíram psicoterapia, apoio social, psicoeducação e tratamento farmacológico, cuja indicação requer avaliação individualizada dos benefícios e riscos durante a gestação e a lactação. Também foram discutidas intervenções especializadas, como estimulação magnética transcraniana, eletroconvulsoterapia e modalidades digitais de cuidado. Conclusão: A integração da saúde mental ao acompanhamento pré-natal e puerperal pode contribuir para qualificar a assistência. Destacam-se a capacitação multiprofissional, a identificação oportuna de sintomas e a articulação entre os serviços para assegurar continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental perinatal; depressão pós-parto; pré-natal psicológico; puerpério; transtornos mentais; Bahia.

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders during pregnancy and the puerperium are a major public health concern, with repercussions for the health of women and their children. Objective: To analyze the evidence on the identification of, and care possibilities for, mental health in pregnancy and the puerperium, emphasizing the role of prenatal care, therapeutic approaches and the implications of pharmacotherapy for breastfeeding. Methods: Narrative literature review, with searches carried out between April and May 2026 in PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO and BVS, complemented by UpToDate and institutional documents on the topic. Results: The review addressed the following conditions: perinatal depression, anxiety disorders, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder and puerperal psychosis, in addition to postpartum blues, an expected emotional manifestation of the puerperium that must be distinguished from disorders; puerperal psychosis stands out for its severity rather than its frequency. Prenatal care was highlighted as an opportunity for symptom identification, support and referral. Care possibilities included psychotherapy, social support, psychoeducation and pharmacological treatment, whose indication requires individualized assessment of benefits and risks during pregnancy and lactation. Specialized interventions, such as transcranial magnetic stimulation, electroconvulsive therapy and digital care modalities, were also discussed. Conclusion: Integrating mental health into prenatal and postpartum care can help improve care. Multiprofessional training, timely identification of symptoms and coordination among services to ensure continuity of care are emphasized.

Keywords: Perinatal mental health; postpartum depression; psychological prenatal care; puerperium; mental disorders; Bahia.

1. INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal constitui uma das fases de maior transformação biopsicossocial na vida da mulher. As intensas modificações hormonais, as adaptações fisiológicas do organismo e as mudanças identitárias, relacionais e socioeconômicas que acompanham a gestação e o pós-parto configuram um terreno de particular vulnerabilidade para o adoecimento mental. Apesar da relevância clínica e epidemiológica desse tema, os transtornos mentais perinatais permanecem subdiagnosticados e subtratados em grande parte do mundo, especialmente em países de baixa e média renda como o Brasil (WHO, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 10% das gestantes e 13% das puérperas no mundo apresentam algum transtorno mental, com taxas ainda mais elevadas em países em desenvolvimento, podendo chegar a 15,6% durante a gravidez e 19,8% no pós-parto (WHO, 2015). No Brasil, revisões sistemáticas indicam prevalências de transtornos mentais comuns entre 16% e 37% nas gestantes, variando conforme a região, o nível socioeconômico e a metodologia empregada nos estudos (Lobato et al., 2011; Melo et al., 2012).

O estado da Bahia, maior estado do Nordeste brasileiro, apresenta indicadores socioeconômicos que amplificam o risco de adoecimento mental entre gestantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022b), o estado concentra expressivos índices de desigualdade social, com elevada proporção de mulheres negras, chefes de família monoparental e em situação de vulnerabilidade econômica — fatores reconhecidamente associados a maior prevalência de depressão e

ansiedade perinatais. Somam-se a isso, os dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia sobre o pré-natal que revelam que, em 2022, a proporção de gestantes baianas com pelo menos seis consultas de pré-natal passou de 37,32% no primeiro quadrimestre para 46,11% no terceiro quadrimestre, a ser comparada com a meta de 45% preconizada pelo Ministério da Saúde (Sesab, 2025).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Sociedade Brasileira de Psiquiatria (SBP) reconhecem, em seus protocolos e diretrizes, que a saúde mental no ciclo gravídico-puerperal deve ser tratada como componente essencial da atenção perinatal, integrando-se sistematicamente às consultas de pré-natal. A ausência de rastreamento sistemático e de protocolos de referência e contrarreferência tem sido apontada como uma das principais barreiras ao diagnóstico e tratamento precoces dessas condições (FEBRASGO, 2020; SBP, 2021).

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre a identificação de condições e transtornos relacionados à saúde mental na gestação e no puerpério e as possibilidades de cuidado nesses períodos, destacando o papel do pré-natal, as abordagens terapêuticas e as implicações da farmacoterapia para a amamentação.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e interpretativo, que busca reunir e discutir criticamente o conhecimento disponível sobre a identificação de condições e transtornos relacionados à saúde mental na gestação e no puerpério

e sobre as possibilidades de cuidado nesses períodos. Esse tipo de revisão não segue protocolo sistemático de busca e seleção nem pretende esgotar as fontes sobre o tema, o que permite uma abordagem ampla e atualizada, mas limita a reprodutibilidade do processo.

2.2. Fontes Consultadas

As consultas à literatura foram realizadas entre abril e maio de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O UpToDate e documentos institucionais da FEBRASGO, da SBP, do Ministério da Saúde, do IBGE e da SESAB foram consultados de forma complementar, para atualização clínica e obtenção de dados epidemiológicos. Foram utilizados os descritores em português e inglês: "saúde mental perinatal", "depressão gestacional", "depressão pós-parto", "transtornos de ansiedade na gestação", "psicose puerperal", "pré-natal psicológico", "tratamento farmacológico na gestação", "amamentação e antidepressivos", "Bahia" e seus equivalentes em inglês ("perinatal mental health", "postpartum depression", "anxiety disorders pregnancy", "puerperal psychosis", "breastfeeding antidepressants").

2.3. Seleção e Organização do Material

Foram considerados artigos originais, revisões, metanálises e diretrizes em português, inglês e espanhol, priorizando publicações a partir de 2015 e incluindo estudos clássicos anteriores quando fundamentais para o tema (por exemplo, Cox et al., 1987; Kendell et al., 1987; Henshaw, 2003). A seleção baseou-se na relevância para o objetivo do artigo, e não em critérios sistemáticos de inclusão e exclusão. Não foram realizadas contagem de registros identificados

e excluídos nem avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos. O material foi organizado em eixos temáticos, que correspondem às seções deste artigo, e discutido de forma narrativa.

3. SAÚDE MENTAL NO PERÍODO GESTACIONAL

3.1. Dimensões Biopsicossociais da Gestação

A gestação representa uma experiência de transição identitária profunda, frequentemente descrita na literatura como "matrescence" — processo análogo à adolescência, em que a mulher reorganiza sua identidade, seus papéis sociais, suas relações e sua autopercepção (Raphael-Leff, 2010). Do ponto de vista biológico, as transformações hormonais — em especial as flutuações nos níveis de estrogênio, progesterona, cortisol e ocitocina — exercem efeitos diretos sobre os circuitos neurobiológicos reguladores do humor, da ansiedade e do comportamento social.

O hipocampo, estrutura cerebral central na regulação emocional e na memória, sofre alterações funcionais e morfológicas durante a gestação e o puerpério, mediadas pelas variações hormonais e pela neuroplasticidade associada à maternidade (Barba-Müller et al., 2019). Essas mudanças, em mulheres geneticamente predispostas ou em contextos de vulnerabilidade psicossocial, podem favorecer o surgimento ou a exacerbação de transtornos mentais.

Além dos fatores biológicos, condicionantes sociais como situação conjugal, suporte social, histórico de violência doméstica, condições habitacionais, acesso a serviços de saúde e insegurança alimentar influenciam de maneira determinante a saúde mental gestacional. No Brasil, dados do IBGE (2022b) indicam que mais de 2,5 milhões de mulheres deixaram de trabalhar formalmente para cuidar de

filhos ou realizar afazeres domésticos, evidenciando a dimensão estrutural do sofrimento psíquico feminino vinculado à maternidade.

3.2. Epidemiologia dos Transtornos Mentais na Gestação

A prevalência dos transtornos mentais na gestação varia conforme o tipo de transtorno investigado, o instrumento de rastreamento utilizado e as características socioeconômicas da população estudada. A depressão é um dos transtornos mais estudados, com taxas estimadas entre 7% e 20% das gestantes em países de alta renda e entre 15% e 25% em países de baixa e média renda (WHO, 2015; Melo et al., 2012).

No Brasil, uma revisão de Lobato et al. (2011) identificou prevalências de depressão gestacional entre 16% e 37%, enquanto estudo conduzido por Melo et al. (2012) em duas maternidades brasileiras encontrou taxa de 16,7% de depressão perinatal. Os transtornos de ansiedade, por sua vez, acometem entre 15% e 21% das gestantes brasileiras, frequentemente coexistindo com quadros depressivos (Camacho et al., 2006; Brito et al., 2015).

No estado da Bahia, embora dados estaduais específicos sobre prevalência de transtornos mentais perinatais sejam ainda escassos, estudos realizados em Salvador identificaram prevalência de depressão pós-parto de 19,9% em puérperas atendidas em maternidade pública de referência, com fatores associados como baixa escolaridade, ausência de parceiro, multiparidade e histórico de violência doméstica (Araújo et al., 2019). A população baiana, predominantemente negra e com altas taxas de pobreza — segundo o IBGE (2022b), o estado apresenta índice de pobreza superior à

média nacional —, configura-se como grupo de alta vulnerabilidade para o adoecimento mental perinatal.

4. CONDIÇÕES E TRANSTORNOS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

4.1. Blues Puerperal (Baby Blues)

Diferentemente dos transtornos descritos nas subseções seguintes, o blues puerperal não constitui um transtorno mental, mas uma manifestação emocional frequente e esperada do puerpério imediato, que precisa ser diferenciada dos quadros patológicos. O blues puerperal, também denominado baby blues ou tristeza pós-parto fisiológica, é a manifestação emocional mais comum do puerpério imediato, acometendo entre 50% e 80% das puérperas (Kendell et al., 1981; Seng et al., 2011). Caracteriza-se por labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade, ansiedade leve, insônia e sentimentos transitórios de inadequação materna, com início nos primeiros 3 a 5 dias após o parto e resolução espontânea em até duas semanas (American Psychiatric Association, 2022).

Os mecanismos biológicos implicados no blues puerperal estão diretamente vinculados à queda abrupta dos níveis de progesterona e estrogênio após a expulsão da placenta, ao aumento do cortisol e às adaptações neurobiológicas do puerpério precoce. Por sua natureza transitória e autolimitada, o blues puerperal não requer tratamento farmacológico específico, sendo as intervenções centradas no suporte emocional, orientação familiar e vigilância quanto à evolução para quadros mais graves, como a depressão pós-parto (SBP, 2021; FEBRASGO, 2020).

É fundamental, entretanto, que profissionais de saúde realizem monitoramento ativo dessas pacientes, visto que o blues puerperal pode ser fator de risco para depressão pós-parto, especialmente em mulheres com histórico de transtornos mentais prévios, baixo suporte social ou condições socioeconômicas desfavoráveis (Henshaw, 2003).

4.2. Depressão Perinatal

A depressão perinatal — que engloba a depressão gestacional e a depressão pós-parto (DPP) — é um dos quadros mais frequentes e clinicamente relevantes do período gravídico-puerperal. De acordo com o DSM-5 (APA, 2022), a DPP é classificada como episódio depressivo maior com início no periparto, podendo se manifestar durante a gestação ou nas primeiras quatro semanas após o parto, embora clinicamente seja reconhecida em todo o primeiro ano pós-natal.

Os critérios diagnósticos incluem humor deprimido ou anedonia na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas, acompanhados de pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alterações do sono, do apetite e do peso corporal; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração; pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. No contexto perinatal, sintomas específicos como preocupação excessiva com o bem-estar do bebê, medo de não ser uma boa mãe, distúrbios do vínculo materno-infantil e pensamentos intrusivos sobre prejudicar o bebê são particularmente relevantes e devem ser ativamente investigados (Milgrom et al., 2017).

No Brasil, estima-se que a DPP acometa entre 15% e 25% das mães brasileiras, com dados da Universidade de São Paulo (USP, 2023) indicando que aproximadamente 25% das mães brasileiras desenvolvem o transtorno. Um estudo de revisão (Oliveira et al., 2022) identificou fatores de risco consolidados: histórico pessoal ou familiar de depressão, ansiedade na gestação, baixo suporte social, violência doméstica, gestação não planejada, complicações obstétricas, parto por cesariana de urgência e condições socioeconômicas desfavoráveis.

Os impactos da DPP não tratada estendem-se além da saúde materna: estão associados a prejuízos no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental da criança, comprometimento do vínculo materno-infantil, maior risco de abandono do aleitamento materno e aumento da morbimortalidade materno-infantil. Em casos graves, a DPP pode evoluir para ideação suicida ou para quadros de infanticídio, configurando emergência psiquiátrica (Wisner et al., 2013).

4.3. Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade na gestação e no puerpério constituem grupo heterogêneo de condições que incluem transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) perinatal e fobias específicas. Estima-se que os transtornos de ansiedade acometam entre 15% e 21% das gestantes, frequentemente em associação com a depressão, sendo que a comparação de prevalência entre as duas condições varia conforme o instrumento e a população estudada (Brito et al., 2015; Faisal-Cury; Menezes, 2007).

O TOC perinatal merece destaque especial por frequentemente se manifestar pela primeira vez ou exacerbar-se na gestação e no puerpério. As obsessões mais comuns envolvem pensamentos intrusivos de causar dano ao bebê, medo de contaminação e rituais de verificação da segurança da criança. A distinção entre pensamentos intrusivos normais do puerpério e TOC clínico é fundamental: enquanto a maioria das mães experimenta pensamentos intrusivos egodistônicos que não motivam ação, no TOC há sofrimento intenso, comprometimento funcional e presença de compulsões (Abramowitz et al., 2010).

A ansiedade perinatal não tratada está associada a desfechos negativos como parto prematuro, baixo peso ao nascer, hipertensão gestacional e maior risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. A avaliação da ansiedade gestacional deve ser parte integrante do acompanhamento pré-natal, com instrumentos validados como a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) ou o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Camacho et al., 2006).

4.4. Transtorno Bipolar no Período Perinatal

O transtorno bipolar (TB) representa condição de particular risco no período gravídico-puerperal. A descontinuação dos estabilizadores de humor durante a gestação — prática frequente e nem sempre tecnicamente justificada — associa-se a elevados índices de recaída, com estudos demonstrando que mulheres com TB que interrompem o lítio apresentam risco de recaída quatro vezes maior do que aquelas que mantêm a medicação (Viguera et al., 2007). O período puerperal é identificado como a janela de maior risco para episódios de mania e psicose em mulheres com TB, com risco 23 vezes superior ao esperado na população geral (Kendell et al., 1987).

O manejo do TB na gestação requer abordagem individualizada e multidisciplinar, pesando riscos do tratamento farmacológico versus riscos da doença não tratada. O lítio, historicamente considerado teratogênico devido à associação com anomalia de Ebstein, tem essa associação questionada pelas evidências mais recentes, sendo considerado compatível com a gestação quando os benefícios superam os riscos, com monitoramento adequado (Poels et al., 2018; Stein et al., 2021).

4.5. Transtorno de Estresse Pós-Traumático Perinatal

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) perinatal pode ser desencadeado por experiências traumáticas durante o parto, como partos de emergência, complicações obstétricas graves, violência obstétrica, histórico de abuso sexual ou perda gestacional prévia. Estima-se que 3% a 6% das puérperas desenvolvem TEPT após o parto, com taxas mais elevadas em mulheres que vivenciaram partos percebidos como traumáticos (Seng et al., 2011).

No Brasil, o debate sobre violência obstétrica — situações de intervenções médicas desnecessárias, desrespeito à autonomia da mulher, procedimentos dolorosos sem consentimento e tratamento desumanizador — tem ganhado crescente atenção, e sua relação com o desenvolvimento de TEPT e depressão pós-parto tem sido cada vez mais documentada (D'Orsi et al., 2014). Políticas de humanização do parto, como as preconizadas pelo Ministério da Saúde através da Rede Cegonha, têm papel central na prevenção dessas formas de trauma perinatal.

4.6. Psicose Puerperal

A psicose puerperal constitui a mais grave das complicações psiquiátricas do puerpério, sendo considerada uma emergência psiquiátrica. Com prevalência estimada entre 1 e 2 casos por 1.000 partos, caracteriza-se por início abrupto nas primeiras duas semanas após o parto — frequentemente entre o 2º e o 4º dia — com quadro de alucinações, delírios, desorientação, labilidade afetiva intensa, confusão mental e comportamento desorganizado (Kendell et al., 1987; Bergink et al., 2016).

Os fatores de risco mais fortemente associados à psicose puerperal incluem diagnóstico prévio de transtorno bipolar, histórico pessoal ou familiar de psicose puerperal, primiparidade e parto por cesariana. Em mulheres com transtorno bipolar, o risco de psicose puerperal pode chegar a 25%-50% (Bergink et al., 2016). Os riscos associados são graves: infanticídio ocorre em aproximadamente 4% dos casos não tratados, e o risco de suicídio é substancialmente elevado (Oates, 2003).

O tratamento requer hospitalização urgente, idealmente em unidade materno-infantil especializada que permita a manutenção do vínculo mãe-bebê quando seguro. O manejo farmacológico inclui antipsicóticos (haloperidol, olanzapina, quetiapina), estabilizadores de humor e, em casos graves refratários, a eletroconvulsoterapia (ECT), que apresenta excelente perfil de segurança no puerpério e pode ser utilizada inclusive durante a lactação (Pompili et al., 2014).

5. A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA SAÚDE MENTAL PERINATAL

5.1. Pré-Natal Como Oportunidade de Rastreamento e Intervenção

O pré-natal constitui a principal janela de oportunidade para identificação precoce e intervenção nos transtornos mentais perinatais. As consultas regulares de pré-natal permitem o estabelecimento de vínculo terapêutico entre a mulher e a equipe de saúde, a avaliação longitudinal do estado mental ao longo da gestação e a implementação de intervenções preventivas e terapêuticas oportunas. O Ministério da Saúde preconiza um mínimo de seis consultas pré-natais, com a primeira consulta realizada até a 12ª semana de gestação, incluindo avaliação do histórico de transtornos mentais e rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos (Brasil, 2012).

A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), desenvolvida especificamente para rastreamento de depressão no período perinatal, é o instrumento mais amplamente validado e recomendado pelas diretrizes brasileiras e internacionais. Com 10 itens de autorrelato, a EPDS apresenta sensibilidade de 59%-100% e especificidade de 49%-100% para depressão perinatal, com ponto de corte recomendado de 13 para população brasileira (Cox et al., 1987; Santos et al., 2007). A FEBRASGO recomenda a aplicação rotineira da EPDS em todas as gestantes, idealmente no primeiro e no terceiro trimestres, e na consulta do puerpério (FEBRASGO, 2020).

No contexto baiano, dados da SESAB (2025) revelam que, embora a proporção de gestantes com acesso a pelo menos seis consultas pré-natais tenha aumentado de 37,32% para 46,11% entre o primeiro e o terceiro quadrimestres de 2022, esse indicador deve ser interpretado frente à meta nacional de 45%. A cobertura incompleta de consultas pode reduzir as oportunidades de rastreamento de transtornos mentais, alertando para a necessidade de estratégias específicas para a realidade baiana.

O pré-natal psicológico emerge como proposta estruturada de atenção à saúde mental gestacional, complementar ao acompanhamento obstétrico tradicional. Concebido por Almeida e Arrais (2016), o pré-natal psicológico propõe encontros sistemáticos com psicólogos ao longo da gestação, com foco na preparação emocional para a maternidade, elaboração de medos e expectativas relacionados ao parto e à parentalidade, fortalecimento do vínculo materno-fetal e prevenção de transtornos mentais perinatais.

Wachtel e Cecconello (2022), em revisão de literatura, apontam o pré-natal psicológico como possível fator de proteção para a depressão pós-parto, por oferecer suporte emocional, favorecer a identificação precoce de fatores de risco e de proteção e fortalecer a rede de apoio da mulher, ressaltando a necessidade de mais estudos sobre sua eficácia. A atuação do psicólogo no contexto do pré-natal não se limita às intervenções individuais, abrangendo grupos de gestantes, orientação familiar e articulação com a rede de apoio social da mulher.

A inclusão do psicólogo nas ações de acompanhamento pré-natal, em articulação com as equipes de saúde da família e os serviços de pré-natal de alto risco, pode contribuir para a atenção integral à saúde da mulher. A Lei nº 14.721/2023 ampliou essa assistência ao prever a indicação de acompanhamento psicológico à gestante, à parturiente e à puérpera após avaliação profissional, com encaminhamento conforme o prognóstico (Brasil, 2023). A efetivação desse cuidado, entretanto, requer disponibilidade de profissionais e articulação entre os serviços.

5.2. Papel da Equipe Multiprofissional

A atenção integral à saúde mental perinatal requer a atuação articulada de equipe multiprofissional composta por médicos obstetras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros obstétricos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. Cada um desses profissionais desempenha papel específico e complementar no rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento longitudinal das mulheres em risco ou com transtornos mentais estabelecidos.

O enfermeiro obstetra, em particular, ocupa posição estratégica na identificação precoce de transtornos mentais perinatais, por sua proximidade com as gestantes e puérperas nas consultas de pré-natal e no puerpério imediato. A capacitação desses profissionais para aplicação de instrumentos de rastreamento como a EPDS, para comunicação empática sobre saúde mental e para referenciamento adequado é condição essencial para a efetividade da rede de cuidados perinatais (Frasão; Bussinguer, 2023).

6. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

6.1. Tratamento Não Farmacológico

6.1.1. Psicoterapia

A psicoterapia representa a primeira linha de tratamento para transtornos mentais leves a moderados no período perinatal, com evidências robustas de eficácia e ausência de riscos fetais ou neonatais. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a modalidade com maior nível de evidência para depressão e ansiedade perinatais, com múltiplos ensaios clínicos randomizados demonstrando sua eficácia tanto no formato individual quanto em grupo (Milgrom et al., 2017; Sockol, 2015).

A TCC perinatal foca na identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais sobre a maternidade, no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas, na resolução de problemas práticos e na prevenção de recaídas. Outras modalidades com evidências emergentes incluem a Terapia Interpessoal (TIP), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e intervenções baseadas em mindfulness (MBCT — Mindfulness-Based Cognitive Therapy), especialmente eficazes para mulheres com altos níveis de ansiedade e ruminação (Dimidjian et al., 2016).

Grupos de apoio a gestantes e mães com depressão pós-parto representam intervenção de baixo custo e alta acessibilidade, particularmente relevantes para o contexto do SUS (Arrais; Araujo; Schiavo, 2018; Brasil, 2023). Além de oferecer suporte emocional e psicoeducação, os grupos promovem redução do isolamento social e empoderamento das mulheres para buscar ajuda e manejar seus sintomas.

6.1.2. Intervenções de Apoio Social e Psicoeducação

O fortalecimento da rede de apoio social da gestante e da puérpera constitui estratégia relevante na prevenção e no manejo dos transtornos mentais perinatais. Intervenções de visita domiciliar por enfermeiros ou agentes comunitários de saúde treinados têm sido avaliadas como apoio a famílias em situação de vulnerabilidade, com efeitos que variam conforme o programa (Gomby et al., 1999). A inclusão do parceiro e de familiares próximos nas intervenções psicoeducativas amplia o suporte disponível e reduz estigmas associados ao adoecimento mental na maternidade.

6.2. Tratamento Farmacológico

6.2.1. Antidepressivos na Gestação

A decisão de iniciar, manter ou descontinuar tratamento farmacológico antidepressivo durante a gestação requer avaliação cuidadosa dos riscos do medicamento versus os riscos da doença não tratada. A depressão gestacional não tratada está associada a desfechos negativos como parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, abuso de substâncias e prejuízos no desenvolvimento infantil — riscos que frequentemente superam os potenciais efeitos adversos da farmacoterapia adequadamente monitorada (Wisner et al., 2013; Trinh et al., 2023).

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) constituem a classe farmacológica de primeira escolha no tratamento da depressão e da ansiedade durante a gestação, em virtude do maior volume de dados de segurança disponíveis. A sertralina é o ISRS com o perfil de segurança mais bem documentado na gestação, com múltiplos estudos confirmando ausência de aumento significativo de malformações congênitas maiores em doses terapêuticas habituais (SBP, 2021; Telessaúde RS-UFRGS, 2022).

A paroxetina, embora igualmente eficaz, apresenta dados contraditórios sobre associação com defeitos cardíacos fetais (especialmente defeito septal ventricular) em exposições no primeiro trimestre, sendo geralmente evitada nesse período quando existem alternativas. A fluoxetina, por sua meia-vida prolongada e a do metabólito ativo (norfluoxetina), pode acumular-se no compartimento fetal, sendo seu uso menos preferencial na gestação, embora não contraindicado (Borges, 2020).

A Síndrome de Adaptação Neonatal Pobre, observada em recém-nascidos expostos a ISRS no terceiro trimestre, caracteriza-se por irritabilidade, tremores, dificuldade alimentar e choro excessivo nas primeiras 24 a 72 horas de vida, sendo geralmente autolimitada e manejável com cuidados de suporte. Sua ocorrência não contraindica o uso de ISRS na gestação, mas requer orientação prévia à família e monitoramento neonatal adequado (Borges, 2020; Kimmel; Meltzer-Brody, 2022).

6.2.2. Estabilizadores de Humor e Antipsicóticos

O manejo farmacológico do transtorno bipolar e da psicose puerperal exige decisões particularmente complexas, ponderando-se os riscos teratogênicos dos medicamentos disponíveis contra os riscos do transtorno não tratado. O valproato de sódio está formalmente contraindicado na gestação por seu elevado potencial teratogênico (malformações do tubo neural, síndrome fetal pelo valproato) e associação com prejuízos neurocognitivos no desenvolvimento infantil (Stein et al., 2021; Poels et al., 2018).

O lítio, quando indicado, requer monitoramento regular de litemia e de função renal e tireoidiana maternas, além de ecocardiografia fetal no segundo trimestre. A lamotrigina representa alternativa com perfil de segurança relativamente favorável na gestação, embora seus níveis plasmáticos variem significativamente durante a gravidez devido a alterações na farmacocinética, exigindo ajuste de doses (Stein et al., 2021). Os antipsicóticos de segunda geração (quetiapina, olanzapina) têm sido utilizados no manejo de episódios maníacos e mistos na gestação, com perfil de segurança aceitável, mas com risco de diabetes gestacional e ganho de peso materno excessivos.

6.3. Tratamentos Inovadores

6.3.1. Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)

A Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) repetitiva constitui modalidade terapêutica não invasiva de crescente interesse para o tratamento da depressão perinatal, especialmente em casos refratários à psicoterapia e quando a paciente opta por evitar a farmacoterapia. A técnica utiliza campos magnéticos para estimular áreas específicas do córtex pré-frontal dorsolateral, região cuja hipoatividade está implicada na fisiopatologia da depressão. Estudos preliminares têm demonstrado eficácia da EMT na depressão gestacional e pós-parto, com taxas de remissão de até 30% em casos resistentes, sem evidências de efeitos adversos fetais ou neonatais (Myczkowski et al., 2012).

A EMT apresenta vantagens sobre a farmacoterapia no contexto perinatal por não envolver exposição fetal ou neonatal a substâncias psicoativas. Sua principal limitação é o acesso restrito — os equipamentos são caros e disponíveis principalmente em centros universitários e hospitais de grande porte —, o que limita sua aplicabilidade no contexto do SUS (Olhar Digital, 2024), especialmente em regiões como a Bahia, onde a infraestrutura de saúde mental é ainda incipiente (Souza & Rego, 2025; Santos et al., 2020).

6.3.2. Brexanolona e Neuroesteroides

A brexanolona (allopregnanolona sintética) representa o primeiro medicamento aprovado especificamente para tratamento da depressão pós-parto grave, aprovado pelo FDA norte-americano em 2019. A allopregnanolona é um neuroesteroide modulador positivo

dos receptores GABA-A, cujos níveis plasmáticos caem abruptamente após o parto, contribuindo para a fisiopatologia da DPP. Ensaios clínicos fase 3 demonstraram remissão de DPP grave em 70%-75% das pacientes tratadas com infusão intravenosa de 60 horas (Meltzer-Brody et al., 2018). A brexanolona não está aprovada no Brasil pela ANVISA, e sua disponibilidade é ainda limitada mesmo nos países onde é registrada, pelo custo elevado e pela necessidade de administração hospitalar. O zuranolona, formulação oral do mesmo mecanismo, foi aprovado pelo FDA em 2023 e representa perspectiva de maior acessibilidade no futuro.

6.3.3. Psicoterapia Digital e Telepsiquiatria

A expansão das tecnologias digitais em saúde mental representa oportunidade significativa para aumentar o acesso ao cuidado psicológico de gestantes e puérperas, especialmente em regiões com escassez de especialistas como o interior da Bahia. Aplicativos de TCC baseada em evidências, plataformas de telepsicologia e programas digitais de psicoeducação têm demonstrado eficácia comparável ao atendimento presencial para depressão e ansiedade de leve a moderada intensidade (Drozd et al., 2018; Loughnan et al., 2019). A pandemia de COVID-19 acelerou a adoção da telepsiquiatria e da telepsicologia no Brasil, com regulamentação estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Federal de Psicologia, abrindo perspectivas de ampliação sustentada do acesso ao cuidado em saúde mental perinatal.

6.3.4. Eletroconvulsoterapia (ECT) No Puerpério

A eletroconvulsoterapia (ECT) permanece indicação válida e eficaz para casos graves e refratários de depressão pós-parto, psicose

puerperal e transtorno bipolar no puerpério. Apresenta início de ação mais rápido do que os antidepressivos e elevadas taxas de remissão (70%-90%) em quadros graves, configurando-se como opção segura quando o risco de manutenção do quadro psiquiátrico supera os riscos do procedimento. No puerpério, a ECT pode ser realizada com manutenção da amamentação, com cuidados específicos para proteção do recém-nascido durante as sessões (Pompili et al., 2014).

7. AMAMENTAÇÃO E SAÚDE MENTAL: COMPATIBILIDADE COM PSICOFÁRMACOS

A questão da compatibilidade entre o tratamento farmacológico psiquiátrico e a amamentação representa um dos dilemas clínicos mais frequentes no manejo da saúde mental puerperal. O aleitamento materno é reconhecido como a forma mais completa de nutrição infantil, com benefícios imunológicos, neurocognitivos e emocionais bem estabelecidos para o lactente. Para a lactante, estudos mostram maior proteção para o câncer de mama e ovário, bem como contra a depressão pós-parto. No entanto, a relação com a depressão pós-parto é complexa e pode ser bidirecional: sintomas depressivos podem dificultar a amamentação, enquanto dificuldades para amamentar e a ausência de apoio podem contribuir para o sofrimento emocional materno.

Quando há necessidade de medicar, a decisão de interromper a amamentação pelo uso de psicofármacos deve ser cuidadosamente ponderada, pois a depressão materna não tratada causa prejuízos ao desenvolvimento infantil frequentemente maiores do que a exposição medicamentosa via leite materno (Kimmel; Meltzer-Brody, 2022).

Entre os ISRS, a sertralina e a paroxetina são os fármacos com melhor perfil de segurança na lactação, com baixíssimos níveis detectados no plasma do lactente e ausência de relatos consistentes de efeitos adversos clinicamente relevantes. A Sociedade Brasileira de Pediatria e o Departamento Científico de Aleitamento Materno (SBP, 2017) classifica a sertralina como medicamento compatível com a amamentação. A paroxetina apresenta níveis ainda menores no leite materno e no plasma do lactente, sendo igualmente considerada segura (Telessaúde RS-UFRGS, 2022; Cantilino et al., 2015).

A fluoxetina apresenta maior concentração no leite materno em razão de sua meia-vida prolongada, podendo acumular-se no lactente, especialmente nos primeiros dois meses de vida e em prematuros. Seu uso durante a lactação não é contraindicado, mas exige maior cautela, com preferência por ISRS com menores concentrações lácteas quando possível, ou manutenção quando a paciente foi tratada eficazmente com fluoxetina durante a gestação (Telessaúde RS-UFRGS, 2022). O citalopram e o escitalopram apresentam concentrações intermediárias no leite materno e podem ser utilizados durante a amamentação, sendo considerados compatíveis, especialmente em lactentes acima de dois meses.

Os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN) — venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetina — apresentam dados de segurança na lactação menos extensos, mas os estudos disponíveis não revelam efeitos adversos clinicamente significativos no lactente. A mirtazapina, antidepressivo de mecanismo noradrenérgico e serotonérgico específico, tem sido utilizada como alternativa na lactação com resultados favoráveis, sendo especialmente útil em

pacientes com insônia e perda de apetite (Telessaúde RS-UFRGS, 2022).

A diretriz consolidada é que o uso de antidepressivos não deve desencorajar a manutenção da amamentação. A decisão clínica deve ser individualizada, considerando o tipo e a gravidade do transtorno materno, o histórico de resposta farmacológica, a preferência da paciente após informação adequada sobre riscos e benefícios, e a possibilidade de monitoramento do lactente. Quando há indicação de psicofármacos e desejo de amamentar, a escolha deve recair sobre o medicamento com menor excreção no leite materno e maior volume de dados de segurança na lactação (Uguz, 2021; Cantilino et al., 2015).

8. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E DESAFIOS NO ESTADO DA BAHIA

O estado da Bahia apresenta características sociodemográficas e de acesso aos serviços de saúde que impõem desafios particulares ao cuidado em saúde mental perinatal. Com população de 14,1 milhões de habitantes (IBGE, 2022a), o estado é marcado por expressivas desigualdades territoriais, com regiões metropolitanas — como a Região Metropolitana de Salvador — apresentando melhor infraestrutura de saúde, e vastas regiões do interior com cobertura assistencial precária e déficit severo de especialistas em saúde mental.

A composição étnico-racial da população baiana — o estado tem a maior proporção de pessoas pretas e pardas do país, com mais de 80% da população autodeclarada preta ou parda (IBGE, 2022a) — é fator de relevância epidemiológica no contexto da saúde mental

perinatal. Mulheres negras estão expostas a múltiplos determinantes sociais de adoecimento mental, incluindo racismo estrutural, menor acesso à renda e à educação, maior vulnerabilidade à violência doméstica e menor acesso a serviços de saúde especializados. Pesquisa realizada em Salvador identificou que mulheres negras apresentavam maior prevalência de depressão pós-parto e menor acesso a tratamento especializado (Araújo et al., 2019).

O Plano de Ação Estadual da Rede Alyne, divulgado pela SESAB em 2025, reconhece a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal de qualidade no estado, com dados demonstrando que, embora tenha havido melhora na proporção de gestantes com seis ou mais consultas pré-natais entre 2022 e 2024, os índices permanecem abaixo das metas nacionais. A mortalidade materna no estado, historicamente acima da média nacional, reflete as precárias condições de saúde das mulheres baianas, com causas indiretas — incluindo transtornos mentais — sendo subnotificadas nos sistemas de informação (Sesab, 2025).

Propostas de enfrentamento específicas para o contexto baiano incluem: a capacitação sistemática de equipes da Estratégia de Saúde da Família para rastreamento de transtornos mentais perinatais com instrumentos como a EPDS; a implementação de protocolos de referência e contrarreferência entre atenção básica e serviços especializados em saúde mental; a criação de grupos de gestantes e puérperas com foco em saúde mental nos equipamentos do SUS; a ampliação da telepsiquiatria e telepsicologia para municípios do interior; e a inclusão de psicólogos nas equipes de pré-natal de alto risco nas maternidades estaduais.

9. DISCUSSÃO

Os achados indicam que os transtornos mentais no período gravídico-puerperal constituem problema de saúde pública relevante, com amplo espectro de manifestações. A depressão perinatal e os transtornos de ansiedade são as condições mais frequentemente descritas, mas as estimativas variam conforme o instrumento e a população: de 16% a 37% para depressão gestacional no Brasil (Lobato et al., 2011) e de 15% a 21% para ansiedade (Brito et al., 2015; Faisal-Cury; Menezes, 2007). Essa variação impede afirmar qual condição é mais prevalente e recomenda cautela nas comparações. A psicose puerperal, com 1 a 2 casos por 1.000 partos (Kendell et al., 1987; Bergink et al., 2016), destaca-se pela gravidade, e não pela frequência. O blues puerperal, embora comum, é manifestação transitória que precisa ser diferenciada dos transtornos e acompanhada pelo risco de evolução para depressão (Henshaw, 2003).

O pré-natal aparece como oportunidade de identificação e encaminhamento, com a EPDS como instrumento mais citado (Cox et al., 1987; Santos et al., 2007), embora a sensibilidade e a especificidade descritas variem amplamente. O pré-natal psicológico (Almeida; Arrais, 2016) é apontado como estratégia promissora, mas a evidência reunida provém sobretudo de revisões de literatura (Wachtel; Cecconello, 2022), o que limita conclusões sobre sua efetividade. A Lei nº 14.721/2023 amplia a previsão de assistência psicológica à gestante e à puérpera, cuja efetivação depende de disponibilidade de profissionais e de articulação entre os serviços (Brasil, 2023).

Entre as abordagens não farmacológicas, a TCC é a modalidade com maior nível de evidência para depressão e ansiedade perinatais (Milgrom et al., 2017; Sockol, 2015), enquanto a terapia interpessoal, a

ACT e as intervenções baseadas em mindfulness têm evidências emergentes (Dimidjian et al., 2016). Essas abordagens não implicam risco fetal ou neonatal, o que as torna primeira linha nos quadros leves a moderados.

No tratamento farmacológico, os ISRS são a primeira escolha, e a sertralina tem o perfil de segurança mais documentado (SBP, 2021; Telessaúde RS-UFRGS, 2022). Há divergência em torno da paroxetina: na gestação, os dados sobre defeitos cardíacos fetais são contraditórios e ela tende a ser evitada no primeiro trimestre quando há alternativas; na lactação, é considerada compatível, com baixos níveis no leite materno (Telessaúde RS-UFRGS, 2022; Cantilino et al., 2015). Seu perfil de segurança deve, portanto, ser apresentado separadamente para cada período. Na lactação, a diretriz consolidada é que o uso de antidepressivos não deve, por si, desencorajar o aleitamento, e a decisão deve ser individualizada (Kimmel; Meltzer-Brody, 2022; Uguz, 2021). Em vez da dicotomia "tratar ou amamentar", os dados apontam para a ponderação entre os riscos da doença não tratada e os da exposição medicamentosa.

As abordagens inovadoras (EMT, brexanolona, psicoterapia digital e ECT) ampliam as possibilidades para casos refratários ou com contraindicação à farmacoterapia convencional. Contudo, os estudos sobre a EMT são preliminares (Myczkowski et al., 2012), e a brexanolona não está aprovada no Brasil (Meltzer-Brody et al., 2018). Acesso, custo e infraestrutura limitam a aplicabilidade dessas intervenções no SUS, o que reforça a prioridade de qualificar a atenção básica e o acesso ao pré-natal.

No contexto baiano, os dados mostram desigualdades territoriais, população majoritariamente preta e parda e acesso ao pré-natal em

ampliação, com proporção de gestantes com seis ou mais consultas que passou de 37,32% para 46,11% ao longo de 2022 (Sesab, 2025), o que condiciona as oportunidades de rastreamento. A prevalência de 19,9% de depressão pós-parto em uma maternidade pública de Salvador (Araújo et al., 2019) refere-se a um único serviço e não permite estimar a prevalência estadual, dada a escassez de dados específicos. Isso reforça a necessidade de rastreamento sistemático, capacitação multiprofissional e protocolos de referência e contrarreferência (FEBRASGO, 2020; SBP, 2021), respostas culturalmente sensíveis e voltadas às determinações sociais do adoecimento.

Entre as limitações desta revisão, destacam-se a ausência de protocolo sistemático de busca e seleção, que pode introduzir viés de seleção e limita a reprodutibilidade, a restrição a quatro bases de dados e a três idiomas, a heterogeneidade de desenhos e instrumentos entre as fontes, a inclusão de documentos institucionais e de literatura não indexada e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos.

10. CONCLUSÃO

A atenção à saúde mental durante a gestação e o puerpério requer identificação oportuna de sintomas, avaliação clínica e acesso ao cuidado, com resposta articulada, multidisciplinar e sustentada por evidências científicas. A depressão perinatal, os transtornos de ansiedade, o blues puerperal e a psicose puerperal — com seus distintos graus de gravidade, frequências e necessidades de cuidado — demandam abordagens adequadas às suas especificidades.

O acompanhamento pré-natal constitui uma oportunidade para essas ações, que devem continuar no pós-parto e ser articuladas aos serviços especializados quando necessário. O pré-natal psicológico, o rastreamento com instrumentos validados como a EPDS e a atuação de equipes multiprofissionais capacitadas podem contribuir para a identificação e o cuidado dessas condições. Sua implementação efetiva no SUS, especialmente no estado da Bahia, exige investimento em recursos humanos, protocolos assistenciais claros e sistemas de referência e contrarreferência funcionantes.

A escolha das intervenções deve considerar as necessidades da mulher e as evidências disponíveis. O tratamento farmacológico com ISRS, incluindo a sertralina, requer avaliação individualizada dos benefícios e riscos durante a gestação e a lactação. A manutenção da amamentação em mulheres em uso de antidepressivos deve considerar a indicação clínica, as condições maternas e do lactente e o desejo da mulher. Abordagens como a EMT, a brexanolona e a psicoterapia digital ampliam as possibilidades terapêuticas, mas sua aplicação depende das evidências disponíveis, das indicações específicas e das condições de acesso.

O enfrentamento qualificado dos transtornos mentais perinatais no Brasil e na Bahia requer vontade política, investimento em infraestrutura de saúde mental, capacitação profissional continuada e compromisso com a equidade em saúde, assegurando às gestantes e puérperas cuidado oportuno e continuidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOWITZ, J. S. et al. **Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature.** Journal of Anxiety Disorders, v. 24, n. 2, p. 108-119, 2010.

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR).** 5. ed. rev. Washington, DC: APA, 2022.

ARAÚJO, I. S. et al. **Postpartum depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 41, n. 3, p. 155-163, 2019.

BARBA-MÜLLER, E. et al. **Brain structure and function in pregnancy and the postpartum period: a systematic review.** Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 97, p. 181-194, 2019.

BERGINK, V. et al. **Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood.** American Journal of Psychiatry, v. 173, n. 12, p. 1179-1188, 2016.

BORGES, L. P. **Impactos do uso de antidepressivos em gestantes e lactantes.** São Paulo: USP, 2020.

BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. **Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério.** Diário Oficial da

União: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14721.htm. Acesso em: 14 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, C. N. O. et al. **Postpartum depression among women with unintended pregnancy.** Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 33, 2015.

CAMACHO, R. S. et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação e diagnóstico.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CANTILINO, A. et al. **Quais antidepressivos podemos prescrever na lactação?** Debates em Psiquiatria, v. 5, n. 1, 2015. DOI: 10.25118/2763-9037.2015.v5.178.

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. 782-786, 1987.

D'ORSI, E. et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise dos dados da pesquisa Nascer no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, supl. 1, p. S88-S100, 2014.

DIMIDJIAN, S. et al. **Staying well during pregnancy and the postpartum.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 84, n. 2, p. 134-145, 2016.

DROZD, F. et al. **Effectiveness of a web-based intervention for postpartum depression.** Journal of Medical Internet Research, v. 20, n. 4, e137, 2018.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. **Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 4, p. 171-178, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Depressão pós-parto.** São Paulo: FEBRASGO, 2020.

FRASÃO, R.; BUSSINGUER, E. C. A. **Atuação do enfermeiro no rastreamento da depressão pós-parto na atenção primária à saúde.** Revista de Enfermagem, 2023.

GOMBY, D. S.; CULROSS, P. L.; BEHRMAN, R. E. Home visiting: recent program evaluations: analysis and recommendations. The Future of Children, v. 9, n. 1, p. 4-26, 1999.

HENSHAW, C. **Mood disturbance in the early puerperium: a review.** Archives of Women's Mental Health, v. 6, supl. 2, p. S33-S42, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b.

KENDELL, R. E. et al. **Epidemiology of puerperal psychoses.** British Journal of Psychiatry, v. 150, p. 662-673, 1987.

KENDELL, R. E. et al. **Mood changes in the first three weeks after childbirth.** Journal of Affective Disorders, v. 3, n. 4, p. 317-326, 1981.

KIMMEL, M. C.; MELTZER-BRODY, S. **Safety of infant exposure to antidepressants and benzodiazepines through breastfeeding.** UpToDate, 2022.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

LOUGHNAN, S. A. et al. **A randomised controlled trial of a brief online transdiagnostic intervention for postpartum anxiety and depression.** Journal of Affective Disorders, v. 252, p. 526-534, 2019.

MELO, E. F. J. et al. **The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil.** Journal of Affective Disorders, v. 136, n. 3, p. 1204-1208, 2012.

MELTZER-BRODY, S. et al. **Brexanolone injection in post-partum depression.** The Lancet, v. 392, n. 10152, p. 1058-1070, 2018.

MILGROM, J. et al. **Antenatal depression: prevalence and risk factors.** Archives of Women's Mental Health, 2017.

MYCZKOWSKI, M. L. et al. **Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on postpartum depression.** Neuropsychiatric Disease and Treatment, v. 8, p. 491-500, 2012.

OATES, M. **Perinatal psychiatric disorders.** British Medical Bulletin, v. 67, p. 219-229, 2003.

OLHAR DIGITAL. Estimulação Magnética Transcraniana: o que é e como funciona? Olhar Digital, 15 nov. 2024. Disponível em: https://olhardigital.com.br/2024/11/15/medicina-e-saude/estimulacao-magnetica-transcraniana-o-que-e-e-como-funciona/. Acesso em: 14 out. 2026.

OLIVEIRA, T. A. et al. **Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 44, p. 452-457, 2022.

POELS, E. M. P. et al. **Lithium during pregnancy and after delivery: a review.** International Journal of Bipolar Disorders, v. 6, n. 1, p. 26, 2018.

POMPILI, M. et al. **Electroconvulsive therapy in the treatment of postpartum psychosis.** Journal of Affective Disorders, v. 172, p. 97-102, 2014.

RAPHAEL-LEFF, J. **Psychological processes of childbearing.** 4. ed. London: Anna Freud Centre, 2010.

SANTOS, M. F. S. et al. V**alidation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Brazil.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 29, n. 4, p. 358-362, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Plano de Ação Estadual – Rede Alyne.** Salvador: SESAB, 2025.

SENG, J. S. et al. **Posttraumatic stress disorder, obstetric complications and neonatal outcomes.** Journal of Midwifery & Women's Health, v. 56, n. 4, p. 388-397, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação.** Rio de Janeiro: SBP, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (SBP). **Diretrizes para o tratamento de transtornos mentais no período perinatal.** São Paulo: SBP, 2021.

SOCKOL, L. E. **A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression.** Journal of Affective Disorders, v. 177, p. 7-21, 2015.

STEIN, A. et al. **Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child.** The Lancet, 2021.

TELESSAÚDE RS-UFRGS. **Como tratar a depressão pós-parto?** Porto Alegre, 2022.

TRINH, N. T. H. et al. T**iming of antidepressant discontinuation during pregnancy and postpartum psychiatric outcomes.** JAMA Psychiatry, v. 80, n. 5, p. 441-450, 2023.

UGUZ, F. **A new safety scoring system for the use of psychotropic drugs during lactation.** American Journal of Therapeutics, v. 28, n. 1, p. e118-e126, 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Depressão pós-parto acomete 25% das mães brasileiras.** Jornal da USP, 2023.

VIGUERA, A. C. et al. **Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy.** 2007.

WACHTEL, E.; CECCONELLO, A. M. **A importância do pré-natal psicológico na prevenção da depressão pós-parto: uma revisão literária.** Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, v. 7, n. 1, p. 94-107, jul. 2022.

WISNER, K. L. et al. **Perinatal depression and its consequences.** 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mental health.** Geneva: WHO, 2015.

---

[1] Doutor em Educação e Contemporaneidade. Professor Titular da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGEcoH. Juazeiro, Bahia, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7072-0930. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Doutoranda em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGEcoH. Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Juazeiro, Bahia, Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6686528771105978. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3494-4252. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Doutora em Enfermagem. Professora Titular - Universidade do Estado da Bahia. Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Ciências do Cuidar em Saúde (PPGCCS). Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2047154900663263. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6539-482X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.