REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO: FATORES DE RISCO, RASTREAMENTO E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE

POSTPARTUM MENTAL HEALTH: RISK FACTORS, SCREENING, AND EARLY INTERVENTION STRATEGIES

Ciências da Saúde • 05/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793766275

Kaic Toledo Camilo[1]

Alexandre Fleury Curado de Faria[2]

Ana Clara Machado Bariani[3]

Clara Luquetti Paiva[4]

Daniel Gonçalves da Silva[5]

Felipe Schmaltz Zalaf[6]

Gabriel Alcino Souza Ferreira[7]

João Pedro Gonçalves Souza[8]

João Vitor Lelis Faria[9]

José Nicolas Andraos Filho[10]

Kamila Carvalho Naves de Afonseca[11]

Lucas Henrique Melo Guimarães[12]

Luis Fellipe Diniz Fernandes[13]

Mariana Bandeira Junqueira[14]

Matheus Lúcio Fernandes Gomes[15]

Natan Campos Trindade[16]

Pedro Henrique Miranda de Mendonça[17]

Ruan Carlos Vicente Barbosa dos Santos[18]

Sarah Elias Landim[19]

Thomás Liberato Dias[20]

RESUMO

A saúde mental no puerpério envolve condições que exigem reconhecimento precoce e continuidade assistencial. Este artigo analisa fatores de risco, instrumentos de rastreamento e estratégias de intervenção por meio de revisão narrativa crítica de publicações indexadas no PubMed, com texto integral gratuito. A síntese aborda depressão, ansiedade, sintomas relacionados ao trauma e emergências psiquiátricas. A literatura destaca antecedentes psiquiátricos, violência, apoio social insuficiente e alterações do sono. O rastreamento auxilia a identificação de sintomas, enquanto a avaliação clínica estabelece o diagnóstico e a urgência. Psicoterapias estruturadas, cuidado colaborativo e tratamento farmacológico individualizado compõem as intervenções. Conclui que o cuidado precoce requer integração entre identificação, avaliação, tratamento e acompanhamento, com atenção às desigualdades de acesso.

Palavras-chave: Saúde mental; Período pós-parto; Depressão pós-parto; Programas de rastreamento; Intervenção precoce.

ABSTRACT

Postpartum mental health encompasses conditions requiring early recognition and continuity of care. This article examines risk factors, screening instruments, and intervention strategies through a critical narrative review of PubMed-indexed publications with free full-text access. The synthesis addresses depression, anxiety, trauma-related symptoms, and psychiatric emergencies. The literature highlights psychiatric history, violence, insufficient social support, and sleep disturbances. Screening supports symptom identification, whereas clinical assessment determines diagnosis and urgency. Structured psychotherapies, collaborative care, and individualized pharmacological treatment comprise the interventions. The review concludes that early care requires integration of identification,

assessment, treatment, and follow-up, with attention to inequalities in access to services.
Keywords: Mental health; Postpartum period; Postpartum depression; Mass screening; Early intervention.

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho reorganiza o cotidiano, as relações familiares e as necessidades de cuidado da mulher. Alterações do sono, recuperação física, demandas de alimentação do bebê e mudanças nos papéis sociais podem coexistir com sofrimento psíquico significativo. Reconhecer esse sofrimento exige evitar tanto a banalização de sintomas incapacitantes quanto a interpretação automática de toda dificuldade de adaptação como doença. O cuidado em saúde mental precisa considerar a experiência materna em sua singularidade e o contexto em que ela acontece (Howard; Khalifeh, 2020).

A expressão saúde mental no puerpério compreende um espectro mais amplo que a depressão pós-parto. Ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, manifestações relacionadas ao trauma, episódios bipolares e psicose também podem surgir ou se agravar após o parto. Embora o puerpério obstétrico e os especificadores diagnósticos adotem delimitações próprias, este artigo considera o primeiro ano após o nascimento como janela assistencial ampliada. Essa escolha acompanha a literatura perinatal e não modifica os critérios específicos de cada diagnóstico (Weingarten; Osborne, 2024; Vigod et al., 2025).

A relevância brasileira aparece em resultados do Nascer no Brasil II referentes ao estado do Rio de Janeiro. Entre 1.752 mulheres

avaliadas dois meses após o parto, as proporções com sintomas acima dos pontos de corte utilizados foram de 17,9% para depressão, 16,3% para ansiedade e 7,7% para estresse pós-traumático relacionado ao parto. Os achados expressam positividade em instrumentos de avaliação, não diagnósticos confirmados por entrevista clínica, e não representam estimativas nacionais. Sua contribuição é evidenciar a coexistência de diferentes dimensões do sofrimento no pós-parto (Theme-Filha et al., 2025).

A identificação precoce, entretanto, não depende apenas da disponibilidade de questionários. Estigma, receio de julgamento, dificuldades de transporte e ausência de uma rede de encaminhamento podem impedir que sintomas reconhecidos se convertam em atendimento. A revisão qualitativa de Sambrook Smith et al. (2019), realizada no Reino Unido, descreve barreiras pessoais, profissionais e organizacionais. Sua transposição ao Brasil requer cautela, mas sustenta a necessidade de examinar o percurso assistencial completo, em vez de reduzir o problema à aplicação de uma escala.

A questão orientadora é como articular fatores de risco, rastreamento e intervenções precoces para oferecer cuidado seguro e contínuo à mulher após o parto. O objetivo é analisar criticamente essas evidências e discutir sua aplicação à atenção primária, distinguindo sintomas, diagnósticos, prevenção e tratamento. A contribuição proposta consiste em organizar decisões clínicas e assistenciais que conectem reconhecimento do sofrimento, avaliação de segurança e acesso oportuno a intervenções proporcionais às necessidades identificadas.

A escolha do primeiro ano após o nascimento como horizonte assistencial permite examinar a continuidade do cuidado sem confundir essa janela com critérios diagnósticos. O marco temporal funciona como recorte de organização dos serviços: sintomas podem ser percebidos em contatos distintos, e a oportunidade de reconhecimento não termina na consulta puerperal inicial. Essa distinção é especialmente relevante quando o sofrimento é descrito de forma inespecífica, quando a mulher prioriza necessidades do recém-nascido ou quando a rede de apoio muda ao longo dos meses. O artigo, portanto, privilegia o percurso de cuidado, não uma classificação única de todas as experiências pós-parto (Howard; Khalifeh, 2020; Vigod et al., 2025).

A identificação de sofrimento e a oferta de intervenção não são etapas equivalentes. Entre ambas existem decisões sobre gravidade, disponibilidade de profissionais, possibilidade de deslocamento, privacidade e continuidade. Considerar essas etapas separadamente ajuda a explicar por que ampliar a aplicação de questionários não assegura, por si, melhores desfechos. A pergunta central não se restringe a quantas mulheres apresentam sintomas; abrange o que ocorre depois da identificação e quais condições tornam uma resposta clínica viável. Essa orientação aproxima o debate epidemiológico das necessidades concretas da atenção primária, sem presumir que experiências internacionais possam ser transpostas integralmente (Lang et al., 2022; Sambrook Smith et al., 2019).

2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa crítica, com seleção intencional de literatura e síntese temática. Foram realizadas buscas dirigidas de

registros do PubMed e recuperados textos completos gratuitos no PubMed Central ou em páginas de periódicos, com consulta concluída em 28 de outubro de 2026. A seleção priorizou revisões sistemáticas, metanálises, diretriz clínica, ensaios randomizados e estudo brasileiro de pertinência direta ao tema. Foram contempladas publicações de 2015 a 2026, sem pretensão de esgotar a produção do período.

As buscas combinaram termos em inglês relacionados a postpartum, postnatal, perinatal mental health, depression, anxiety, risk factors, screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale, early intervention, psychotherapy, collaborative care e postpartum psychosis. Buscas adicionais por títulos e autores permitiram conferir registros bibliográficos e localizar estudos específicos.

Foram selecionados trabalhos com texto integral gratuito e conteúdo pertinente ao risco, à identificação ou à intervenção em saúde mental durante a gestação e/ou no primeiro ano após o parto. Estudos perinatais que incluíram gestantes foram utilizados quando informavam prevenção ou continuidade do cuidado, com explicitação dessa abrangência. Foram afastados textos sem acesso integral gratuito e materiais que não permitiam sustentar as afirmações discutidas. Não foram coletados dados primários, realizadas entrevistas ou construídas estimativas próprias de efeito.

A leitura considerou população, desenho, intervenção ou exposição, desfechos e limitações. A síntese foi organizada em manifestações clínicas, fatores de risco, rastreamento, intervenções e organização assistencial. Não houve protocolo registrado, dupla seleção independente, avaliação formal de risco de viés ou metanálise. Portanto, os resultados constituem interpretação narrativa de um

conjunto selecionado de fontes; não equivalem a revisão sistemática nem a recomendações graduadas mediante avaliação própria da certeza da evidência. Os quadros são sínteses analíticas e não instrumentos clínicos validados.

A unidade de análise desta revisão é a contribuição conceitual ou clínica de cada publicação selecionada, e não uma estimativa combinada de efeito. Por esse motivo, resultados provenientes de estudos observacionais, revisões de intervenções, ensaios clínicos e diretrizes são discutidos conforme a pergunta que cada desenho permite responder. Estudos de acurácia informam o desempenho de instrumentos; ensaios de intervenção informam resultados em populações selecionadas; recomendações clínicas integram evidências e julgamentos sobre aplicação. Tratar essas categorias como intercambiáveis produziria conclusões mais amplas do que o material examinado sustenta (Levis et al., 2020; Singla et al., 2025; Vigod et al., 2025).

Na comparação entre fontes, foram valorizadas as diferenças de população, período perinatal considerado, definição de sintomas e natureza dos desfechos. O emprego de uma escala de sintomas não corresponde necessariamente à confirmação de um transtorno por entrevista clínica. De modo semelhante, redução de escore após uma intervenção não significa prevenção comprovada de novos episódios. Essas distinções estruturam a análise e impedem a combinação informal de percentuais ou resultados de pesquisas com métodos distintos. A leitura também considera que revisões podem incluir estudos primários sobrepostos, de maneira que suas amostras não representam conjuntos independentes a serem somados (Lyubenova et al., 2021; Motrico et al., 2023).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Manifestações Clínicas e Limites da Normalização do Sofrimento

A disforia puerperal transitória, frequentemente denominada baby blues, caracteriza-se por labilidade emocional e choro nos primeiros dias após o parto, com resolução habitual em até duas semanas. Acolhimento, informação e apoio prático podem ser suficientes em apresentações leves, desde que se acompanhe a evolução. Persistência, piora ou prejuízo funcional demandam reavaliação; sinais de perigo exigem resposta imediata, independentemente do tempo de sintomas. Não se deve aguardar duas semanas quando há risco ou alteração importante do estado mental (Weingarten; Osborne, 2024; Jairaj *et al.*, 2023).

Na depressão, tristeza persistente ou perda de interesse podem acompanhar culpa, desesperança e dificuldades de concentração. Alterações de apetite e sono devem ser interpretadas em conjunto com humor, funcionamento e contexto, pois o cuidado do recém-nascido também modifica esses domínios. A avaliação precisa diferenciar uma oportunidade insuficiente de descanso da incapacidade de dormir mesmo quando o bebê está sob os cuidados de outra pessoa. A intensidade do sofrimento e sua repercussão no autocuidado são tão relevantes quanto o número de sintomas (Vigod *et al.*, 2025).

Ansiedade clinicamente relevante pode aparecer como preocupação difícil de controlar, crises de pânico, hipervigilância ou evitação. Após parto percebido como traumático, revivescências e esquiva podem coexistir com sintomas depressivos. O estudo de

Theme-Filha *et al.* (2025) encontrou associação entre as dimensões depressiva, ansiosa e traumática, reforçando a inadequação de uma avaliação restrita ao humor deprimido. O desenho observacional e a mensuração por escalas, contudo, impedem concluir que uma condição cause diretamente as demais.

Pensamentos intrusivos indesejados, acompanhados de medo e crítica preservada, precisam ser diferenciados de crenças delirantes, alucinações ou perda de contato com a realidade. A presença de uma imagem mental assustadora não estabelece, por si, intenção de agir. A entrevista deve investigar desejo, planejamento, controle, sofrimento e capacidade de cuidado, sem julgamento. A distinção clínica é decisiva para evitar estigmatização e reconhecer situações que exigem proteção imediata (Weingarten; Osborne, 2024).

A psicose pós-parto pode apresentar início abrupto, insônia importante, desorganização, alterações acentuadas do humor e confusão. Sua suspeita configura emergência psiquiátrica e requer avaliação especializada urgente, frequentemente hospitalar. A investigação de causas clínicas ou relacionadas a substâncias deve ocorrer em paralelo às medidas de segurança. Ela não deve ser descrita como evolução inevitável da depressão ou como simples intensificação do baby blues, pois apresenta características clínicas e relação com o espectro bipolar que exigem manejo próprio (Jairaj *et al.*, 2023).

Quadro 1. Características clínicas e prioridades de avaliação

Apresentação	Elementos que orientam a avaliação	Prioridade assistencial

Disforia transitória	Labilidade emocional inicial, crítica preservada e curso habitualmente autolimitado.	Acolher e acompanhar; reavaliar persistência, piora ou prejuízo.
Depressão e ansiedade	Sintomas persistentes, sofrimento ou repercussão no autocuidado e nas atividades.	Avaliar diagnóstico, gravidade, comorbidades e segurança.
Obsessões e trauma	Pensamentos intrusivos indesejados, compulsões, revivescências ou evitação.	Investigar contexto, crítica e intenção; oferecer avaliação específica.
Mania ou psicose suspeita	Redução da necessidade de sono, desorganização, delírios, alucinações ou confusão.	Avaliação urgente; assegurar proteção da mulher e do bebê.

Fonte: elaboração própria com base em Weingarten e Osborne (2024), Jairaj *et al.* (2023) e Vigod *et al.* (2025). As manifestações podem coexistir; o quadro não substitui avaliação diagnóstica.

O tempo de aparecimento dos sintomas precisa ser interpretado junto de sua intensidade e do funcionamento cotidiano. A distinção entre disforia transitória e quadros persistentes não deve transformar a duração em critério exclusivo de decisão. Um sofrimento inicialmente leve pode exigir acompanhamento porque seu curso ainda não está definido; em contrapartida, desorganização importante ou risco à segurança requerem resposta imediata. A reavaliação constitui, assim, parte da própria estratégia diagnóstica. Registrar o que mudou desde o contato anterior é mais informativo do que classificar toda manifestação emocional precoce como esperada ou patológica (Weingarten; Osborne, 2024; Jairaj et al., 2023).

As dificuldades de sono ilustram a necessidade de contextualização clínica. O cuidado do bebê pode reduzir as oportunidades de repouso, enquanto alterações de humor e ansiedade também podem prejudicar o sono mesmo quando existe possibilidade de descanso. Investigar essa diferença evita atribuir automaticamente todo cansaço a um transtorno ou, no sentido oposto, minimizar um sinal clínico relevante como consequência inevitável da maternidade. A análise do funcionamento inclui capacidade de autocuidado, manutenção de atividades essenciais e sofrimento percebido pela própria mulher, sem adotar padrões idealizados de desempenho materno (Vigod et al., 2025).

Depressão, ansiedade e sintomas traumáticos não se apresentam necessariamente em compartimentos isolados. O achado de coexistência de dimensões sintomáticas no estudo do Rio de Janeiro reforça a necessidade de uma entrevista que ultrapasse a investigação exclusiva de tristeza ou anedonia. Isso não significa pressupor múltiplos diagnósticos diante de uma escala positiva. O raciocínio clínico deve distinguir manifestações, avaliar sua duração e repercussão e identificar o que exige intervenção prioritária. A coexistência observada é um argumento a favor de avaliação abrangente, não evidência de causalidade entre os sintomas (Theme-Filha et al., 2025).

Uma avaliação cuidadosa diferencia conteúdo mental involuntário, vivido como indesejado, de convicções delirantes e alterações do juízo de realidade. Essa distinção exige escuta sem julgamento, pois o medo de ser considerada perigosa pode dificultar o relato espontâneo. A entrevista deve explorar crítica, intenção, planejamento, sofrimento associado e capacidade de manter segurança. O objetivo não é banalizar pensamentos perturbadores,

mas evitar que a simples presença de uma imagem intrusiva seja tomada como intenção de agir. Quando há perda de contato com a realidade ou risco iminente, a prioridade assistencial muda imediatamente (Weingarten; Osborne, 2024; Jairaj et al., 2023).

3.2. Fatores de Risco em uma Perspectiva Biopsicossocial

Antecedentes de depressão, ansiedade e outros transtornos mentais, sintomas durante a gestação e episódios perinatais prévios justificam atenção diferenciada. Histórico pessoal ou familiar de transtorno bipolar e psicose puerperal tem relevância adicional para antecipar descompensações graves. A anamnese deve registrar tratamentos anteriores, resposta terapêutica, internações e interrupções de medicamentos. Esses elementos permitem organizar prevenção de recaídas, sem transformar um fator de risco isolado em diagnóstico ou previsão determinística (Vigod *et al.*, 2025).

A revisão de revisões de Xu *et al.* (2026) destaca associações com depressão prévia, violência por parceiro íntimo, apoio social insuficiente e alterações do sono. Entretanto, boa parte da evidência apresenta certeza baixa ou muito baixa. Há diferenças na definição do pós-parto, nos instrumentos e no controle de confundimento. Por isso, a associação observacional identifica grupos que merecem cuidado, mas não comprova que modificar isoladamente uma exposição evitará todos os casos de depressão.

O apoio social deve ser avaliado por sua disponibilidade efetiva. A presença de familiares no domicílio não garante divisão das tarefas, proteção contra violência ou acolhimento emocional. Perguntas sobre quem assume os cuidados do bebê, prepara refeições ou

acompanha consultas podem revelar necessidades mais concretas que uma classificação genérica de estado civil. Em situações de violência, a entrevista reservada e a escolha de meios seguros de contato são essenciais; envolver o parceiro indiscriminadamente pode aumentar a exposição da mulher (Vigod *et al.*, 2025).

Complicações obstétricas, prematuridade, hospitalização neonatal, perdas e experiências negativas de parto também merecem investigação. Sua importância clínica inclui o impacto sobre segurança percebida, autonomia e possibilidade de descanso. Não é adequado atribuir risco a uma via de parto de forma automática, ignorando a indicação do procedimento, a experiência da mulher e as condições de assistência. Os resultados brasileiros reforçam a pertinência de considerar antecedentes de transtornos mentais e desigualdades educacionais ao interpretar o sofrimento identificado (Theme-Filha *et al.*, 2025).

A dimensão biológica envolve mudanças hormonais e adaptações de sistemas relacionados ao estresse e à regulação do humor. Contudo, o reconhecimento desses mecanismos não autoriza reduzir a doença a um desequilíbrio hormonal universal. Tampouco há, nas fontes utilizadas, fundamento para substituir avaliação clínica por dosagens hormonais de rotina destinadas a prever depressão pós-parto. A utilidade assistencial está em integrar história, contexto e sintomas e investigar condições clínicas conforme a apresentação individual (Howard; Khalifeh, 2020; Vigod *et al.*, 2025).

A prevenção precisa evitar a responsabilização da mulher por fatores estruturais. Recomendar descanso sem discutir quem cuidará do bebê ou sugerir psicoterapia sem avaliar transporte e

disponibilidade de horários pode produzir orientações inexequíveis. Como implicação desta síntese, propõe-se que a identificação de risco seja acompanhada de medidas concretas de suporte e remoção de barreiras. A ausência de fatores reconhecidos também não exclui adoecimento e não deve restringir o acesso à avaliação.

O registro de antecedentes psiquiátricos ganha valor quando inclui a trajetória assistencial, e não apenas o nome de um diagnóstico. Respostas anteriores ao tratamento, interrupções, recaídas, internações e dificuldades de acesso podem orientar a preparação do acompanhamento após o parto. Esse levantamento também permite distinguir vulnerabilidade conhecida de adoecimento atual. Uma história prévia não determina que ocorrerá nova manifestação, assim como sua ausência não exclui risco. A utilidade do antecedente está em apoiar decisões proporcionais e planejamento compartilhado, especialmente diante de história compatível com transtorno bipolar ou psicose puerperal (Vigod et al., 2025).

A categoria apoio social só se torna operacional quando se pergunta quais recursos estão efetivamente disponíveis. Morar com outras pessoas não assegura repouso, proteção, alimentação adequada ou acompanhamento às consultas. A avaliação pode identificar quem oferece ajuda prática, se a mulher consegue pedir auxílio e se a relação de apoio preserva sua autonomia. Essa abordagem evita tratar estado civil ou número de familiares como substitutos da qualidade do suporte. Também permite formular encaminhamentos realistas: uma orientação sobre descanso, por exemplo, depende de haver alguém que assuma temporariamente tarefas de cuidado (Xu et al., 2026; Vigod et al., 2025).

Quando há possibilidade de violência por parceiro íntimo, a participação familiar no cuidado não pode ser presumida como benéfica. Entrevista reservada, proteção das informações e pactuação de contatos seguros são condições para que a avaliação não amplie a exposição da mulher. A violência aparece na literatura como fator associado ao sofrimento, mas a resposta assistencial exige considerar simultaneamente saúde mental e segurança. Isso diferencia a recomendação genérica de fortalecer vínculos da análise concreta de quais vínculos oferecem proteção e quais podem representar risco (Xu et al., 2026; Vigod et al., 2025).

Complicações da gestação ou do parto, prematuridade e hospitalização neonatal podem modificar expectativas, rotina e sensação de segurança. Contudo, não se deve atribuir automaticamente a uma via de parto ou a um evento isolado uma consequência psíquica uniforme. A experiência relatada pela mulher, o contexto da assistência e a presença de outros fatores são necessários para compreender o sofrimento. O enfoque evita tanto a desconsideração de experiências difíceis quanto inferências causais simplificadas a partir de associações observacionais (Theme-Filha et al., 2025; Howard; Khalifeh, 2020).

3.3. Rastreamento e Avaliação Diagnóstica

A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) é um dos instrumentos mais estudados na população perinatal. Ela organiza a identificação de sintomas e pode apoiar o acompanhamento, mas não confirma depressão nem exclui outros transtornos. Em metanálise com dados individuais, Levis *et al.* (2020) identificaram que o ponto de corte de 11 ou mais apresentou o melhor equilíbrio combinado entre sensibilidade e especificidade. Essa conclusão não

transforma o valor em limiar obrigatório para todos os serviços, idiomas e contextos clínicos.

Na comparação com entrevistas semiestruturadas, a sensibilidade e a especificidade foram, respectivamente, 0,81 e 0,88 para EPDS de 11 ou mais, e 0,66 e 0,95 para 13 ou mais. O aumento do corte reduziu falsos positivos, mas deixou de identificar uma parcela maior de mulheres com depressão. A escolha deve considerar finalidade, versão linguística validada e capacidade de avaliação posterior. Mesmo um resultado abaixo do corte não encerra a investigação quando a entrevista identifica sofrimento ou risco (Levis *et al.*, 2020).

Outra distinção envolve epidemiologia: a proporção de resultados positivos não corresponde automaticamente à prevalência de transtorno depressivo. Lyubenova *et al.* (2021) demonstraram que pontos de corte da EPDS não reproduzem de maneira confiável a classificação por entrevista diagnóstica em estudos individuais. Assim, os percentuais brasileiros apresentados neste artigo são descritos como frequência de sintomas conforme os instrumentos empregados. Essa precisão impede inflar a carga de doença ou comparar estimativas construídas por métodos incompatíveis.

O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) pode integrar a avaliação depressiva, enquanto o Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) auxilia a identificação de sintomas ansiosos. Ambos exigem interpretação clínica. A investigação deve abranger antecedentes de mania ou hipomania, uso de substâncias, sintomas obsessivos, trauma e alterações do pensamento. Antes de iniciar antidepressivo, reconhecer possível bipolaridade é particularmente importante, porque a estratégia terapêutica difere da empregada na depressão unipolar (Vigod *et al.*, 2025).

As recomendações sobre rastreamento universal não são uniformes. El-Den *et al.* (2022) identificaram variações entre documentos quanto a momento, frequência e profissionais responsáveis. Lang *et al.* (2022), em recomendação da Canadian Task Force on Preventive Health Care, posicionaram-se condicionalmente contra o uso universal de questionários com corte predefinido, diante da certeza muito baixa sobre benefício adicional em relação ao cuidado habitual. Esse posicionamento pressupõe que o atendimento habitual já investigue saúde mental e não corresponde a uma recomendação de ignorar sintomas.

Em outra direção, a diretriz CANMAT orienta identificação sistemática e avaliação ao longo da trajetória perinatal. A diferença evidencia que acurácia de uma escala e efetividade de um programa são perguntas distintas: um instrumento pode discriminar sintomas sem que sua aplicação isolada assegure melhora clínica. A conclusão prática desta revisão é vincular qualquer estratégia adotada a confirmação diagnóstica, avaliação de segurança, tratamento acessível e acompanhamento, com protocolo explícito e responsabilidade definida (Lang *et al.*, 2022; Vigod *et al.*, 2025).

Questões sobre autoagressão demandam esclarecimento direto e imediato, independentemente da pontuação total. Devem ser examinados intenção, plano, acesso a meios, tentativas anteriores, fatores protetores e possibilidade de proteção da mulher e do bebê. Ideação não equivale automaticamente a internação, mas risco iminente, psicose, mania grave ou incapacidade de manter segurança requerem atendimento de urgência. A ausência de resposta positiva em um item também não substitui uma entrevista atenta a sinais clínicos (Vigod *et al.*, 2025).

O rastreamento responde à pergunta sobre quais pessoas merecem avaliação adicional; a entrevista clínica responde a questões sobre diagnóstico, gravidade, diagnósticos diferenciais e segurança. A distinção é fundamental porque um escore não incorpora integralmente história psiquiátrica, contexto familiar, sintomas de mania ou possíveis manifestações psicóticas. Uma estratégia de rastreamento deve, portanto, explicitar o que acontece após um resultado positivo e como serão acolhidas pessoas com sofrimento relevante apesar de pontuação abaixo do corte. Sem essa definição, o instrumento corre o risco de se tornar uma atividade administrativa desconectada da assistência (Levis et al., 2020; Vigod et al., 2025).

A comparação dos limiares da EPDS evidencia uma troca entre identificar mais casos possíveis e reduzir resultados positivos em mulheres sem o diagnóstico-alvo. Um corte mais elevado pode aumentar a especificidade, mas também deixar de sinalizar pessoas que necessitam de entrevista. A escolha não deve ser apresentada como propriedade universal de um número: depende da finalidade, da população, da versão utilizada e da capacidade do serviço para confirmar e acompanhar resultados. Os parâmetros de acurácia descrevem o comportamento do teste nos estudos analisados; não definem, isoladamente, a efetividade de um programa assistencial (Levis et al., 2020).

A frequência de resultados acima de um ponto de corte não deve ser convertida diretamente em prevalência diagnóstica. Essa cautela é particularmente importante quando se apresentam dados de sintomas depressivos, ansiosos e traumáticos em uma mesma população. Cada instrumento pode utilizar definições e limiares próprios, e uma mesma mulher pode contribuir para mais de uma

dimensão sintomática. Os percentuais do estudo fluminense são informativos sobre necessidades de avaliação, mas não autorizam somar categorias ou generalizar os resultados para todo o país. O método de aferição integra a interpretação do número apresentado (Theme-Filha et al., 2025; Lyubenova et al., 2021).

A existência de recomendações distintas sobre rastreamento universal expressa perguntas e pressupostos diferentes. A recomendação canadense contrária ao uso universal de questionários com corte predefinido, em caráter condicional, considera a incerteza do benefício adicional em comparação com cuidado habitual que já investiga saúde mental. A diretriz CANMAT enfatiza identificação e avaliação sistemáticas durante a trajetória perinatal. Não há contradição necessária entre reconhecer sintomas ativamente e questionar o valor incremental de uma modalidade específica de rastreamento. A decisão organizacional deve explicitar o modelo de cuidado disponível e o destino dos resultados (Lang et al., 2022; Vigod et al., 2025).

Perguntas sobre autoagressão e segurança não podem ficar condicionadas à pontuação total de uma escala. A entrevista deve buscar compreender intenção, planejamento, acesso a meios, antecedentes e condições atuais de proteção. Também deve considerar alterações de realidade, mania grave e incapacidade de manter segurança. A resposta é proporcional ao risco identificado: a existência de pensamento autolesivo não define automaticamente internação, enquanto situações iminentes exigem urgência. A responsabilidade clínica consiste em transformar a informação colhida em uma decisão documentada e em continuidade assistencial efetiva (Vigod et al., 2025).

3.4. Prevenção e Intervenções Psicológicas Precoces

Prevenção universal, seletiva e indicada possuem objetivos diferentes. A primeira dirige-se à população independentemente do risco; a segunda, a grupos com maior vulnerabilidade; e a terceira, a pessoas com manifestações iniciais que ainda não configuram o transtorno-alvo. Uma vez estabelecido um episódio depressivo, a intervenção passa a ter finalidade terapêutica. Essa distinção evita apresentar resultados de tratamento como prova de prevenção e permite adequar recursos à população efetivamente estudada (Motrico *et al.*, 2023).

A revisão de Motrico *et al.* (2023), que reuniu 19 revisões sistemáticas e metanálises, encontrou efeitos pequenos a moderados de intervenções psicológicas e atividade física na redução de sintomas depressivos perinatais. Entretanto, 79% das revisões receberam classificação metodológica baixa ou criticamente baixa pelo AMSTAR-2. O achado apoia essas estratégias, acompanhado de cautela sobre heterogeneidade, populações estudadas e qualidade. Também não sustenta suplementação nutricional indiscriminada como medida preventiva estabelecida.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) aborda relações entre pensamentos, emoções e comportamentos; a psicoterapia interpessoal trabalha transições de papel, conflitos e relações significativas. Ambas possuem evidências para depressão perinatal. A síntese de Waqas *et al.* (2023) indica benefício de abordagens cognitivas e comportamentais em diferentes formatos, sem demonstrar que aumentar indiscriminadamente a duração do tratamento seja sempre superior. A definição deve considerar

gravidade, preferências, disponibilidade e competência dos profissionais.

A ativação comportamental constitui outra alternativa estruturada, voltada à retomada planejada de atividades significativas e à redução de padrões de evitação. Em lugar de exigir desempenho materno idealizado, o plano pode partir de metas factíveis e ajustadas à recuperação física. Diferenciar psicoterapia estruturada de orientações genéricas é necessário: oferecer acolhimento é fundamental, mas não equivale a executar um tratamento com método, supervisão e avaliação de resposta (Singla *et al.*, 2025).

Para ansiedade, a evidência preventiva é menos conclusiva que a relativa à depressão. Zimmermann *et al.* (2023) encontraram redução da intensidade de sintomas em intervenções psicológicas, mas os estudos que avaliaram incidência de transtornos ansiosos não demonstraram efeito significativo. Reduzir escores é um resultado relevante, porém distinto de prevenir um diagnóstico. A presença de sintomas obsessivos ou traumáticos também exige selecionar abordagem apropriada, em vez de pressupor que toda intervenção destinada à depressão terá benefício equivalente (Nillni *et al.*, 2018).

Suporte ao sono, atividade física compatível com a recuperação, alimentação e ajuda prática podem integrar o plano, com adaptação à condição clínica. O apoio à amamentação deve respeitar preferências e dificuldades, sem transformar sua manutenção em exigência moral ou garantia de proteção psíquica. A experiência de alimentação do bebê precisa ser discutida junto à saúde materna e à segurança do lactente. Medidas de estilo de vida complementam

o cuidado e não justificam postergar tratamento de quadros moderados, graves ou persistentes (Vigod *et al.*, 2025).

Uma intervenção oferecida a mulheres com maior vulnerabilidade pode buscar prevenir o surgimento de um transtorno; a mesma modalidade, quando dirigida a um episódio estabelecido, tem finalidade terapêutica. Confundir esses contextos amplia indevidamente o alcance dos resultados. Na leitura das revisões, é necessário identificar quem recebeu a intervenção, em que momento e qual desfecho foi medido. Reduzir intensidade de sintomas, evitar novos diagnósticos e melhorar funcionamento são objetivos relacionados, mas não equivalentes. Essa separação permite discutir os resultados de prevenção sem atribuir a eles eficácia terapêutica não avaliada, e vice-versa (Motrico et al., 2023; Zimmermann et al., 2023).

O achado de benefícios pequenos a moderados em revisões de prevenção deve ser lido ao lado das limitações metodológicas relatadas. A heterogeneidade de intervenções, populações e instrumentos impede que uma média de efeito seja interpretada como promessa uniforme de benefício. A classificação metodológica desfavorável de parte expressiva das revisões reforça a necessidade de linguagem proporcional à certeza disponível. Assim, o resultado pode apoiar a oferta de estratégias plausíveis sem autorizar recomendações indiscriminadas nem ocultar lacunas sobre implementação em diferentes contextos assistenciais (Motrico et al., 2023).

A terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia interpessoal possuem objetivos e técnicas identificáveis, que as diferenciam de orientações gerais de apoio. Sua indicação exige compatibilidade

entre a necessidade clínica, a preferência da mulher e a disponibilidade de profissionais capacitados. O acolhimento inicial mantém valor próprio, mas não deve ser descrito como substituto automático de intervenção estruturada quando há indicação terapêutica. A organização do cuidado precisa prever início, acompanhamento de resposta e possibilidade de revisão do plano, em vez de considerar o simples encaminhamento como tratamento efetivamente realizado (Waqas et al., 2023; Vigod et al., 2025).

A ativação comportamental pode ser compreendida como construção gradual de oportunidades de ação significativa, respeitando limitações concretas do período pós-parto. A intervenção não consiste em exigir produtividade ou retomada imediata da rotina anterior ao nascimento. Seu planejamento depende de identificar atividades possíveis, obstáculos e apoio disponível. O ensaio SUMMIT contribui para discutir a oferta dessa abordagem por profissionais treinados em diferentes modalidades, mas os resultados devem permanecer vinculados à população selecionada e à estrutura de capacitação utilizada (Singla et al., 2025).

A literatura examinada não sustenta que todas as estratégias preventivas com resultados para depressão produzam efeitos equivalentes sobre ansiedade e trauma. Estudos podem encontrar redução de sintomas ansiosos sem demonstrar prevenção de novos transtornos. Esse resultado não é irrelevante, mas responde a outra pergunta. A escolha de intervenção deve partir da manifestação clínica e das evidências disponíveis para o problema identificado, sem tratar o conjunto de sintomas perinatais como um desfecho único. A precisão evita generalizações indevidas e favorece avaliação individualizada (Zimmermann et al., 2023; Nillni et al., 2018).

3.5. Tratamento Farmacológico e Situações de Maior Gravidade

A decisão farmacológica deve comparar riscos da exposição, riscos do transtorno não tratado, resposta prévia e preferências da mulher. Na depressão unipolar, antidepressivos podem ser indicados conforme gravidade, evolução e acesso a psicoterapia. Durante a lactação, a sertralina figura entre as opções com dados mais favoráveis, mas a escolha permanece individualizada e considera prematuridade, condição do lactente e monitoramento. Não se deve interromper abruptamente um tratamento eficaz ou recomendar desmame automático apenas pela necessidade de psicofármaco (Vigod *et al.*, 2025).

A literatura também investiga neuroesteroides de ação sobre receptores GABA-A. Deligiannidis *et al.* (2021), em ensaio randomizado com zuranolona, observaram melhora de sintomas depressivos em comparação ao placebo em uma população selecionada. O seguimento foi limitado e as condições de participação restringem a extrapolação. Como inovação terapêutica, o resultado merece discussão, mas não estabelece disponibilidade no Brasil, superioridade sobre psicoterapia ou adequação para qualquer puérpera; acesso, regulamentação e lactação requerem verificação específica.

Em transtorno bipolar e psicose pós-parto, o tratamento exige planejamento especializado. Antipsicóticos, estabilizadores de humor e, em situações selecionadas, eletroconvulsoterapia podem ser necessários. A revisão de Jairaj *et al.* (2023) destaca o lítio na prevenção de recaídas, mas a decisão durante a lactação envolve complexidade e monitoramento próprios. A proteção imediata não deve depender de aguardar psicoterapia ambulatorial. A mulher

com psicose suspeita não deve permanecer sozinha com o bebê enquanto se organiza avaliação e cuidado seguro.

O raciocínio farmacológico deve considerar simultaneamente os possíveis efeitos de medicamentos e as consequências de manter um transtorno sem tratamento adequado. Reduzir a decisão a evitar qualquer exposição pode ocultar riscos associados à persistência de sintomas graves, à perda de funcionamento ou à descontinuação abrupta de uma terapia eficaz. A história de resposta e as preferências da mulher integram a decisão, assim como as características do lactente quando existe amamentação. A avaliação permanece individualizada, sem transformar uma opção mencionada em diretriz universal para todas as situações (Vigod et al., 2025).

A necessidade de tratamento psiquiátrico não implica, por si só, suspensão da amamentação. Ao mesmo tempo, a continuidade da lactação não deve ser tratada como obrigação capaz de se sobrepor à segurança materna. A discussão clínica precisa distinguir medicamentos, situação do lactente, alternativas disponíveis e condições de acompanhamento. Essa abordagem protege a autonomia e evita decisões automáticas, tanto de desmame quanto de manutenção de qualquer esquema sem avaliação. O ponto central é construir um plano que considere a mulher e a criança de modo integrado, sem negligenciar a saúde mental materna (Vigod et al., 2025).

Resultados favoráveis de um ensaio com zuranolona demonstram benefício na população e nas condições estudadas, não superioridade generalizada diante de todas as alternativas. A duração do seguimento e os critérios de inclusão limitam inferências

sobre uso mais amplo. Também não é possível deduzir, a partir desse ensaio, disponibilidade regulatória ou acesso efetivo no Brasil. A contribuição da pesquisa é ampliar o repertório de estratégias investigadas, preservando a distinção entre eficácia observada em estudo controlado e aplicabilidade na prática clínica local (Deligiannidis et al., 2021).

A suspeita de psicose puerperal ou mania grave altera a prioridade assistencial: medidas de proteção e avaliação especializada não devem aguardar o fluxo ambulatorial habitual. A investigação de condições clínicas associadas e o planejamento terapêutico especializado são componentes complementares, não etapas que se excluem. A continuidade após a estabilização também importa, pois a resposta à emergência não encerra as necessidades de acompanhamento. Esse enquadramento diferencia situações de alto risco dos quadros leves que podem ser acompanhados em contatos programados (Jairaj et al., 2023; Vigod et al., 2025).

3.6. Cuidado Colaborativo Teleatendimento e Continuidade Assistencial

No cuidado colaborativo, profissionais compartilham um plano com monitoramento de sintomas, apoio especializado e ajustes de tratamento. O ensaio MOMCare, com 168 gestantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica nos Estados Unidos, encontrou benefícios em desfechos depressivos e no acesso ao tratamento em relação a serviços de apoio materno intensificados. O programa combinou componentes e não permite atribuir os efeitos a uma única técnica. Também não constitui demonstração direta de efetividade na organização do Sistema Único de Saúde (Grote *et al.*, 2015).

O ensaio SUMMIT acrescenta evidência sobre ampliação do acesso. Com 1.230 participantes gestantes ou no pós-parto em redes universitárias dos Estados Unidos e Canadá, avaliou ativação comportamental realizada por especialistas ou não especialistas treinados, presencialmente ou por telemedicina. Os resultados aos três meses atenderam aos critérios de não inferioridade nas comparações entre profissional e modalidade. O estudo apoia a expansão de formas de oferta, vinculada à capacitação e à estrutura que sustentaram o ensaio (Singla *et al.*, 2025).

A interpretação exige observar exclusões: intenção suicida ativa, sintomas de psicose ou mania e outras condições de maior complexidade não compuseram o público-alvo do SUMMIT. Portanto, não se pode extrapolar a equivalência encontrada para manejo remoto isolado de emergências. Compartilhar tarefas também não significa atribuir atuação sem treinamento ou fora das competências profissionais. Supervisão, comunicação clínica e possibilidade de encaminhamento permanecem requisitos da implementação (Singla *et al.*, 2025).

Quadro 2. Evidências selecionadas e limites de aplicação

Estudo e desenho	**Contribuição para o cuidado**	**Limite principal**
Levis *et al.* (2020) Metanálise de dados individuais	Quantifica acurácia da EPDS e efeitos da escolha do ponto de corte.	Acurácia não equivale a efetividade do programa nem confirma diagnóstico.
Lang *et al.* (2022) Recomendação clínica	Explicita incerteza do benefício adicional do rastreamento universal por instrumentos.	Recomendação condicional; pressupõe investigação clínica no cuidado habitual.

Motrico *et al.* (2023) Revisão de revisões	Apoia intervenções psicológicas e atividade física na prevenção de sintomas.	Qualidade metodológica frequentemente baixa; desfechos heterogêneos.
Theme-Filha *et al.* (2025) Estudo de coorte	Mostra sobreposição de sintomas depressivos, ansiosos e traumáticos no pós-parto.	Amostra do Rio de Janeiro; resultados de escalas, sem confirmação diagnóstica.
Singla *et al.* (2025) Ensaio de não inferioridade	Apoia ativação comportamental por profissionais treinados e telemedicina.	População selecionada; seguimento principal de três meses; exclui situações de maior risco.
Vigod *et al.* (2025) Diretriz clínica	Integra identificação, intervenções e decisões sobre lactação.	Requer adaptação ao contexto assistencial brasileiro.

Fonte: elaboração própria a partir dos estudos identificados. O quadro apresenta exemplos centrais da síntese e não corresponde à totalidade da literatura disponível.

Na atenção primária brasileira, consultas da mulher, visitas domiciliares e contatos durante o acompanhamento infantil oferecem oportunidades de reconhecer sofrimento. A proposta desta revisão é aproveitar esses encontros sem diluir a responsabilidade: a equipe deve registrar quem avaliará a mulher, como ocorrerá o contato e quem verificará o acesso ao cuidado. Conforme a disponibilidade local, a articulação pode envolver equipe de referência, profissionais de saúde mental e serviços de urgência, preservando continuidade após encaminhamentos.

O teleatendimento pode reduzir deslocamentos, mas depende de conectividade, privacidade e meio seguro de comunicação. Uma mulher que divide o aparelho com o parceiro ou vive em ambiente

de violência pode não conseguir responder livremente. Como aplicação assistencial, convém pactuar canal e horário de contato, oferecer alternativa presencial e evitar que faltas sejam interpretadas automaticamente como recusa. A busca ativa precisa respeitar consentimento e segurança, à luz das barreiras de acesso descritas na literatura (Sambrook Smith *et al.*, 2019; Singla *et al.*, 2025).

Quadro 3. Proposta de articulação entre identificação e intervenção

Situação	**Ação inicial**	**Continuidade**
Sem sintomas relevantes	Investigar bem-estar, antecedentes e apoio; orientar sinais de alerta.	Reavaliar nos contatos subsequentes e diante de mudanças clínicas ou sociais.
Risco aumentado ou sintomas iniciais	Avaliar necessidades e segurança; oferecer suporte e prevenção apropriada.	Definir retorno e responsável; facilitar acesso a intervenção estruturada.
Suspeita de transtorno	Realizar avaliação diagnóstica e de gravidade; pactuar tratamento.	Monitorar sintomas, funcionamento, adesão e necessidade de ajuste.
Risco iminente, mania grave ou psicose	Providenciar atendimento urgente e proteção da mulher e do bebê.	Manter comunicação entre serviços e planejar acompanhamento após estabilização.

Fonte: elaboração própria baseada em Vigod *et al.* (2025), Lang *et al.* (2022), Grote *et al.* (2015) e Singla *et al.* (2025). Proposta organizacional não validada como protocolo; a periodicidade depende da avaliação clínica e da rede local.

O cuidado colaborativo pressupõe mais do que coexistência de profissionais em uma mesma rede. É necessário que as responsabilidades sejam reconhecíveis: quem realiza avaliação, quem acompanha sintomas, como se comunicam mudanças clínicas e quando ocorre reavaliação especializada. O ensaio MOMCare mostra benefícios de um programa composto por múltiplos elementos, mas não permite atribuir o resultado exclusivamente à coordenação ou a uma técnica isolada. Sua contribuição para o debate brasileiro é oferecer uma referência de organização possível, não comprovação direta de efetividade em unidades do SUS (Grote et al., 2015).

A comparação de modalidades no SUMMIT sustenta a possibilidade de ampliar o acesso à ativação comportamental com profissionais não especialistas treinados e telemedicina, dentro das condições investigadas. A não inferioridade observada não equivale à ausência de requisitos técnicos. Capacitação, supervisão e critérios de encaminhamento fizeram parte da estrutura que torna os resultados interpretáveis. Extrapolar o achado para profissionais sem treinamento ou para pessoas com risco agudo contrariaria os limites do próprio estudo. A inovação organizacional deve preservar competências, comunicação e segurança (Singla et al., 2025).

A modalidade remota pode reduzir deslocamentos, mas sua viabilidade depende de conexão, privacidade e possibilidade de conversar sem coerção. Para mulheres em situações de violência ou com aparelho compartilhado, o contato digital pode não oferecer ambiente seguro. A organização do serviço deve admitir alternativas presenciais e pactuar formas de comunicação. Ausências a chamadas ou mensagens não devem ser interpretadas automaticamente como desinteresse, pois podem refletir barreiras

materiais ou relacionais. Essa análise combina as possibilidades de ampliação de acesso com os obstáculos qualitativamente descritos na literatura (Sambrook Smith et al., 2019; Singla et al., 2025).

Encaminhar uma mulher com sintomas não significa que o cuidado foi iniciado. Entre a indicação e o atendimento podem surgir obstáculos de agenda, transporte, custo indireto ou receio de julgamento. A equipe que identifica o problema precisa estabelecer, conforme a rede disponível, como será verificado o acesso e quando ocorrerá novo contato. Esse princípio não exige uma periodicidade universal, pois o intervalo depende de gravidade e circunstâncias clínicas. Exige, porém, que a responsabilidade pelo acompanhamento não desapareça após a emissão de uma orientação ou encaminhamento (Sambrook Smith et al., 2019; Vigod et al., 2025).

3.7. Implicações para a Qualidade do Cuidado e Limitações da Evidência

A efetividade de uma linha de cuidado não pode ser avaliada apenas pelo número de escalas preenchidas. Como proposta de organização, são relevantes a proporção de resultados positivos avaliados clinicamente, o tempo até a primeira intervenção, a continuidade após encaminhamento e a evolução do funcionamento. Esses indicadores são sugestões derivadas da síntese e exigem definição local antes do uso. Um aumento inicial na identificação de sintomas pode representar melhor acesso ao reconhecimento, sem significar aumento real da incidência.

O desfecho de interesse deve incluir a saúde da mulher por si mesma, além de seus efeitos sobre o cuidado infantil. A redução de

sintomas maternos é importante, mas não assegura automaticamente mudanças mensuráveis no vínculo ou no desenvolvimento da criança. A revisão de Howard e Khalifeh (2020) destaca lacunas sobre quais mulheres precisam de apoio adicional à parentalidade. Evitar promessas de benefícios universais para o bebê também reduz a instrumentalização da mãe e a produção de culpa.

A principal limitação deste artigo é a seleção narrativa e não exaustiva das fontes, sujeita a viés de seleção. A restrição a textos gratuitos pode excluir estudos pertinentes. Parte das pesquisas combina gestantes e puérperas, utiliza escalas diferentes e foi conduzida em países de alta renda. Há sobreposição de estudos primários entre revisões; por isso, suas amostras não foram somadas. O estudo brasileiro discutido refere-se ao Rio de Janeiro e não autoriza inferências para todas as regiões ou populações, inclusive aquelas excluídas de sua amostra.

A evidência é mais consolidada para intervenções em depressão do que para prevenção de transtornos ansiosos, manifestações traumáticas e manejo de algumas condições graves. Estudos futuros devem avaliar modelos factíveis no Brasil, custos, equidade e desfechos funcionais, incluindo mulheres com perdas gestacionais, diferentes redes de apoio e barreiras de acesso. Uma agenda relevante combina avaliação de resultados clínicos com investigação de como manter o acompanhamento após a identificação, em vez de examinar apenas instrumentos de rastreamento.

A contagem de instrumentos aplicados mede atividade, não necessariamente resultado clínico. Uma avaliação mais útil da linha de cuidado considera a proporção de mulheres com sintomas que receberam entrevista, o acesso à intervenção e a continuidade do

acompanhamento. Esses indicadores são propostas analíticas desta revisão e precisam de definições operacionais antes de aplicação. A interpretação deve evitar um equívoco adicional: maior identificação inicial pode refletir melhoria do reconhecimento, sem que tenha ocorrido crescimento real da incidência. Qualidade assistencial exige acompanhar o percurso e não apenas o volume de triagens (Lang et al., 2022; Vigod et al., 2025).

Uma estratégia pode parecer efetiva quando avaliada apenas entre mulheres que conseguem comparecer a consultas, mas deixar de alcançar aquelas com maiores obstáculos. Por isso, o exame de acesso deve considerar perdas de seguimento, condições de comunicação e viabilidade do plano terapêutico. A análise não autoriza atribuir a uma única barreira todos os resultados, mas ajuda a compreender por que uma intervenção potencialmente eficaz pode não produzir benefício equivalente em diferentes contextos. A literatura qualitativa sobre barreiras e os ensaios de organização do cuidado abordam partes complementares dessa questão (Sambrook Smith et al., 2019; Grote et al., 2015).

A saúde mental da mulher não deve ser justificada exclusivamente por possíveis efeitos sobre o bebê. O sofrimento, a autonomia, a segurança e o funcionamento maternos são desfechos legítimos. Ainda que repercussões familiares possam ser relevantes, melhora em escalas depressivas não permite prometer automaticamente ganhos mensuráveis no desenvolvimento infantil. A distinção reduz expectativas indevidas e evita converter o cuidado da mulher em instrumento de avaliação de seu desempenho parental. Uma abordagem centrada na pessoa reconhece benefícios clínicos próprios e necessidades adicionais de apoio quando presentes (Howard; Khalifeh, 2020).

As fontes combinam pesquisas de diferentes países, serviços e períodos perinatais. Os resultados de um programa estruturado em rede universitária ou em contexto de alta renda não definem, sem avaliação local, os efeitos de sua implantação no SUS. De modo semelhante, uma amostra estadual brasileira não representa automaticamente o país. A interpretação deve distinguir plausibilidade de adaptação e demonstração empírica de efetividade. Esse limite não inviabiliza o uso crítico das evidências: orienta quais componentes podem inspirar organização assistencial e quais resultados ainda dependem de investigação em contextos brasileiros (Theme-Filha et al., 2025; Singla et al., 2025).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde mental no puerpério requer reconhecer diferentes manifestações de sofrimento e considerar antecedentes psiquiátricos, apoio social, violência, sono e experiências obstétricas. Os fatores de risco orientam vigilância e suporte, mas não substituem avaliação individual nem determinam quem desenvolverá um transtorno. A janela assistencial deve acompanhar as necessidades da mulher além dos primeiros contatos após o parto.

O rastreamento pode organizar a identificação, desde que seus resultados sejam interpretados como indicação de avaliação e não como diagnóstico. As diferenças entre recomendações sobre aplicação universal de questionários reforçam a necessidade de protocolos que articulem escuta clínica, segurança, tratamento e acompanhamento. Emergências exigem resposta imediata, independentemente de pontuação, duração dos sintomas ou disponibilidade de consulta de rotina.

Psicoterapias estruturadas, cuidado colaborativo e tratamento farmacológico individualizado constituem componentes relevantes da intervenção precoce. Teleatendimento e compartilhamento de tarefas ampliam possibilidades quando acompanhados de capacitação, supervisão e acesso presencial. Para a atenção primária, a prioridade é assegurar que a mulher identificada encontre cuidado efetivo e contínuo, com respeito à autonomia e às condições concretas de sua vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DELIGIANNIDIS, Kristina M *et al.* Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry,** v. 78, n. 9, p. 951–959, 2021. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.1559. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8246337/. Acesso em: 28 out. 2026.

EL-DEN, Sarira *et al.* Perinatal depression screening: a systematic review of recommendations from member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). **Archives of Women's Mental Health,** v. 25, n. 5, p. 871–893, 2022. DOI: 10.1007/s00737-022-01249-1. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9492701/. Acesso em: 28 out. 2026.

GROTE, Nancy K *et al.* Collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: a randomized trial. **Depression and Anxiety,** v. 32, n. 11, p. 821–834, 2015. DOI: 10.1002/da.22405. Disponível em:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4630126/. Acesso em: 28 out. 2026.

HOWARD, Louise M; KHALIFEH, Hind. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. **World Psychiatry,** v. 19, n. 3, p. 313–327, 2020. DOI: 10.1002/wps.20769. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7491613/. Acesso em: 28 out. 2026.

JAIRAJ, Chaitra *et al.* Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. **Journal of Psychopharmacology,** v. 37, n. 10, p. 960–970, 2023. DOI: 10.1177/02698811231181573. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10612381/. Acesso em: 28 out. 2026.

LANG, Eddy *et al.* Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. **CMAJ,** v. 194, n. 28, p. E981–E989, 2022. DOI: 10.1503/cmaj.220290. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9328462/. Acesso em: 28 out. 2026.

LEVIS, Brooke *et al.* Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. **BMJ,** v. 371, m4022, 2020. DOI: 10.1136/bmj.m4022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7656313/. Acesso em: 28 out. 2026.

LYUBENOVA, Anita *et al.* Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM DIsorders classification: Systematic review

and individual participant data meta-analysis. **International Journal of Methods in Psychiatric Research,** v. 30, n. 1, e1860, 2021. DOI: 10.1002/mpr.1860. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7992289/. Acesso em: 28 out. 2026.

MOTRICO, Emma *et al.* Effectiveness of interventions to prevent perinatal depression: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry,** v. 82, p. 47–61, 2023. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2023.03.007. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10183436/. Acesso em: 28 out. 2026.

NILLNI, Yael I *et al.* Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. **Clinical Psychology Review,** v. 66, p. 136–148, 2018. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.004. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6637409/. Acesso em: 28 out. 2026.

SAMBROOK SMITH, Megan *et al.* Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. **BMJ Open,** v. 9, n. 1, e024803, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024803. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6347898/. Acesso em: 28 out. 2026.

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

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12003186/. Acesso em: 28 out. 2026.

THEME-FILHA, Mariza Miranda *et al.* Mental disorders in the Postpartum Period in Rio de Janeiro 2021-2023: Nascer no Brasil II Study. **Revista de Saúde Pública,** v. 59, n. suppl 1, e8s, 2025. DOI: 10.11606/s1518-8787.2025059006527. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12539638/. Acesso em: 28 out. 2026.

VIGOD, Simone N *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnatals. **The Canadian Journal of Psychiatry,** v. 70, n. 6, p. 429–489, 2025. DOI: 10.1177/07067437241303031. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11985483/. Acesso em: 28 out. 2026.

WAQAS, Ahmed *et al.* Optimizing cognitive and behavioral approaches for perinatal depression: A systematic review and meta-regression analysis. **Global Mental Health,** v. 10, e22, 2023. DOI: 10.1017/gmh.2023.8. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10579678/. Acesso em: 28 out. 2026.

WEINGARTEN, Sarah J; OSBORNE, Lauren M. Review of the Assessment and Management of Perinatal Mood and Anxiety Disorders. **Focus,** v. 22, n. 1, p. 16–24, 2024. DOI: 10.1176/appi.focus.20230023. Disponível em:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11058917/. Acesso em: 28 out. 2026.

XU, Min *et al.* Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. **Frontiers in Public Health,** v. 13, 1714668, 2026. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1714668. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12872911/. Acesso em: 28 out. 2026.

ZIMMERMANN, Martha *et al.* Can psychological interventions prevent or reduce risk for perinatal anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry,** v. 84, p. 203–214, 2023. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2023.08.005. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10569160/. Acesso em: 28 out. 2026.

---

[1] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP) Campus Mineiros. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade de Rio Verde Campus Rio Verde. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[10] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[11] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul Campus Três Lagoas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[12] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[13] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[14] Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Atenas Campus Paracatu. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[15] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[16] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Estadual do Tocantins Campus Graciosa. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[17] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[18] Discente do Curso Superior de Medicina da Universidade Federal de Goiás Campus Colemar Natal e Silva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[19] Discente do Curso Superior de Medicina da Zarns Campus Itumbiara. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[20] Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP) Campus Mineiros. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail