

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 36

DEPRESSÃO E PSICOSE PUERPERAL: DIAGNÓSTICO, MANEJO E IMPACTOS NA SAÚDE MATERNA

BRUNA MARTA DA SILVA¹
JÚLIA SILVESTRI¹
ALICE BRIGONI MACIEL¹
ANTÔNIA KAYSER LOPES¹
ELISA WEIRICH BRAIDO¹
LUISA CERA BALDIN¹
LAURA CAMPOS HOFMEISTER MOREIRA¹
CAMILA MASCARELLO FUNCK¹
RAFAELA GOMES DA SILVEIRA BUCHAIN¹
VITÓRIA CHIES COLASSIOL¹
RENATA BENTO ALVES MATIAS¹
ISABELLA DRESSLER²
THALES DA COSTA GONZAGA³
CAMILA HENZ⁴

¹Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

²Discente – Medicina da Universidade Luterana do Brasil.

³Discente – Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Docente – Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: *Depressão Pós-Parto; Psicose Pós-Parto; Puerpério.*

INTRODUÇÃO

O puerpério é um período de intensa reestruturação física e emocional, em que oscilações hormonais, demandas de cuidado e mudanças no papel social tornam a mulher especialmente vulnerável a alterações de saúde mental (MOTYKA; SIOMA-MARKOWSKA, 2025).

Nesse cenário, a depressão e a psicose puerperal se destacam como transtornos de grande relevância clínica, dada sua frequência, gravidade e as repercussões que exercem sobre o vínculo mãe-bebê e a saúde materna a curto e longo prazo (BERGINK *et al.*, 2026).

A vulnerabilidade ao adoecimento psíquico no pós-parto não é aleatória: a queda abrupta de estradiol e progesterona, somada a fatores ambientais e de vulnerabilidade prévia, constitui terreno propício ao desenvolvimento de quadros depressivos e psicóticos (FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

Compreender esses mecanismos e distingui-los das respostas emocionais fisiológicas, como o baby blues, é condição essencial para o reconhecimento precoce e o manejo adequado dessas condições (RAZA; RAZA, 2023; FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

Transtornos psiquiátricos no puerpério

O puerpério caracteriza-se como o período subsequente ao parto, no qual ocorrem diversas modificações fisiológicas, neuroendócrinas e psicossociais no organismo da mulher. Sob a perspectiva biológica, o pós-parto desencadeia uma queda abrupta dos hormônios gonadais, marcada pela redução de estradiol e progesterona, associada à secreção de prolactina e ocitocina relacionadas à lactogênese. Essa instabilidade hormonal afeta neurotransmissores envolvidos na regulação do humor, incluindo o sistema serotoninérgico, o que pode explicar parte da ocorrência de distúrbios psiquiátricos no

puerpério (STEWART; VIGOD, 2016; O'CONNOR *et al.*, 2016).

No âmbito psicossocial, a mulher enfrenta maiores demandas durante a transição para a maternidade, o que pode gerar vulnerabilidade a curto e longo prazo. A presença de cobranças intrafamiliares desproporcionais, a sobrecarga nos cuidados neonatais, o histórico de violência interpessoal ou abandono, somados a comorbidades prévias, atuam em sinergia para o desencadeamento de transtornos psiquiátricos (FUSAR-POLI *et al.*, 2025). Dessa forma, essa combinação de fatores transforma o período pós-parto em um momento de grande estresse, envolvendo alterações neuroanatômicas e fisiológicas complexas no cérebro materno (BERGINK *et al.*, 2025).

Dentro desse espectro de transtornos psiquiátricos, destacam-se três quadros clínicos principais: a disforia puerperal (*baby blues*), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal (PP). A disforia puerperal, observada em até 40–50% das puérperas na primeira semana após o parto, é considerada uma manifestação fisiológica e transitória, caracterizada por sensibilidade emocional leve, sem comprometimento funcional significativo (FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

A depressão pós-parto, entretanto, representa um transtorno do humor consolidado, podendo manifestar-se ao longo dos primeiros 12 meses após o parto. Os sintomas são semelhantes aos de um episódio depressivo convencional, incluindo humor deprimido persistente, sentimento de culpa, dificuldades cognitivas e prejuízo no apego emocional ao recém-nascido, podendo ser desencadeados por diversos fatores emocionais (FUSAR-POLI *et al.*, 2025). Apesar de sua gravidade e do impacto na relação mãe-bebê, a DPP apresenta prognóstico favorável quando diagnosticada precocemente, sendo um transtorno comum e tratável na prática

clínica (CANTILINO *et al.*, 2010; BERGINK *et al.*, 2026).

A psicose puerperal, por sua vez, configura um quadro agudo que afeta aproximadamente 0,2% das puérperas. Trata-se de uma emergência psiquiátrica, caracterizada por grave desorganização comportamental, insônia, confusão mental, além de delírios e alucinações frequentemente relacionados ao recém-nascido, representando risco à integridade física da mãe e do bebê (RAZA; RAZA, 2023; BERGINK *et al.*, 2026).

A diferenciação diagnóstica entre a depressão pós-parto e a psicose puerperal reside, principalmente, na preservação do juízo de realidade. Enquanto a paciente com DPP mantém a autocritica preservada, sofrendo por reconhecer suas limitações, a paciente com psicose puerperal apresenta ruptura com a realidade, sendo incapaz de avaliar racionalmente seus pensamentos e comportamentos (FUSAR-POLI *et al.*, 2025; BERGINK *et al.*, 2026).

Diante do exposto, a compreensão desses fatores é fundamental para o reconhecimento das manifestações clínicas e para o adequado diagnóstico e manejo dos transtornos psiquiátricos no puerpério. Além disso, destaca-se a importância da vigilância clínica das alterações emocionais e do vínculo materno com o recém-nascido, com atenção especial aos fatores de risco. Assim, fica clara a necessidade da implementação de suporte psicossocial, visando à promoção da assistência integral e humanizada no período pós-parto, reduzindo os impactos negativos sobre a saúde materna.

Alterações emocionais fisiológicas do pós-parto

O pós-parto representa uma das fases de maior vulnerabilidade na vida da mulher, caracterizado por profundas transformações hormonais, físicas e psicossociais que se iniciam após o parto e se estendem pelo primeiro ano de vida

do recém-nascido (MOTYKA; SIOMA-MARKOWSKA, 2025). Esse é considerado o ano mais crítico e exigente para o bem-estar emocional da mulher, pois é o período de maior exacerbção de questões como privação de sono, dificuldades de amamentação e flutuações hormonais (MOTYKA; SIOMA-MARKOWSKA, 2025).

Dentre as alterações emocionais fisiológicas do pós-parto, destaca-se o *baby blues*, também denominado "*postpartum blues*", "*third-day blues*" ou "*maternity blues*". É um transtorno de humor transitório, com início tipicamente entre o 3º e o 5º dia pós-parto e resolução espontânea até o 10º dia, sendo considerado parte da adaptação normal ao puerpério. Apesar de sua natureza fisiológica, é um fenômeno de alta ocorrência mundial, acometendo entre 30% e 75% das puérperas, com variações conforme o contexto geográfico e cultural (MOTYKA; SIOMA-MARKOWSKA, 2025; STEWART; VIGOD, 2016).

Em relação às manifestações clínicas, o quadro caracteriza-se por choro fácil, labilidade emocional, insônia, perda de apetite e dificuldade de concentração, com sintomas tipicamente mais intensos entre o 4º e o 6º dia pós-parto, regredindo espontaneamente nos dias subsequentes (MOTYKA; SIOMA-MARKOWSKA, 2025; STEWART; VIGOD, 2016).

Do ponto de vista fisiológico, acredita-se que o *baby blues* seja precipitado pela queda abrupta de estrogênio e progesterona imediatamente após a expulsão da placenta, levando a um desequilíbrio de neurotransmissores moduladores de humor, especialmente serotonina e dopamina, mecanismo distinto da desregulação mais persistente observada nos quadros patológicos do puerpério (MOTYKA; SIOMA-MARKOWSKA, 2025; STEWART; VIGOD, 2016).

Além disso, embora o *baby blues* possa acometer qualquer puérpera, existem fatores de risco associados à maior vulnerabilidade para o

seu desenvolvimento, entre eles a primiparidade, a jovem idade materna, o histórico pessoal de depressão ou síndrome pré-menstrual, o suporte familiar insuficiente e o nascimento de bebês com intercorrências (MOTYKA; SIO-MA-MARKOWSKA, 2025).

A resolução espontânea dos sintomas nas primeiras duas semanas é o que distingue o *baby blues* de um quadro patológico, e quando os sintomas persistem além desse período, impõe-se a necessidade de avaliação clínica cuidadosa. Por isso, na prática clínica, é essencial que o profissional tranquilize a puérpera diante das manifestações esperadas e, ao mesmo tempo, mantenha vigilância ativa para identificar precocemente aquelas que podem evoluir para quadros de maior gravidade (JUSTESEN; JOURDAINE, 2023).

Depressão puerperal

A DPP é o transtorno psiquiátrico mais comum do período puerperal, com prevalência global média de 17% entre mulheres sem histórico prévio de depressão. No Brasil, essa frequência é ainda mais elevada, acometendo mais de 25% das puérperas. Evidências demonstram que os homens também podem ser afetados durante a transição para a parentalidade, com estimativas de depressão paterna variando entre 10% e 25% em nível mundial (THEME FILHA *et al.*, 2024; JI; WANG, 2025).

Esse transtorno caracteriza-se pelo surgimento de sintomas depressivos durante o período perinatal, com manifestações clínicas semelhantes às de outros episódios depressivos — tristeza persistente, distúrbios do sono, irritabilidade, isolamento social, fadiga e dificuldade de concentração —, mas com características específicas da maternidade, como sentimento de culpa, inadequação materna e incapacidade percebida de cuidar do recém-nascido. São frequentes também pensamentos intrusivos relacionados à possibilidade de causar danos ao

bebê, diminuição da autoeficácia materna e sentimento de perda da identidade pessoal. Em casos mais graves, podem ocorrer ideação suicida, prejuízo significativo do funcionamento diário e dificuldade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho (ZELČĀNE *et al.*, 2026; STEWART; VIGOD, 2016).

Outro aspecto frequentemente observado em mulheres com DPP é a dificuldade na amamentação. Estudos sugerem que alterações emocionais e neuroendócrinas associadas ao transtorno podem interferir na produção e na ejeção do leite materno, contribuindo para o desmame precoce e aumentando o sentimento de frustração e inadequação relacionados à maternidade. Dessa forma, as dificuldades na amamentação podem atuar tanto como consequência quanto como fator agravante dos sintomas depressivos (FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

Estudos conduzidos na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) demonstraram associação entre a depressão pós-parto e experiências negativas durante a assistência obstétrica, incluindo violência física ou psicológica, tratamento desrespeitoso, perda de autonomia, falta de privacidade e complicações relacionadas ao parto. Tais fatores contribuem para o sofrimento psíquico materno e aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento da DPP (THEME FILHA *et al.*, 2024).

O diagnóstico da DPP pode ser realizado com base nos critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), considerando a presença de sintomas depressivos clinicamente significativos durante o período perinatal. Embora o DSM-5 utilize o especificador “início no parto”, especialistas reconhecem que os sintomas podem surgir durante a gestação ou em qualquer momento dos primeiros 12 meses após o parto. Para o diagnóstico de um episódio depressivo, os sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas e causar prejuízo

significativo no funcionamento da paciente (JUSTESEN; JOURDAINE, 2023).

Não existem exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da DPP, uma vez que não foi estabelecida uma relação causal direta entre alterações hormonais isoladas e o desenvolvimento do transtorno. Entretanto, exames complementares podem ser úteis para a realização de diagnósticos diferenciais e exclusão de condições clínicas que apresentam sintomas semelhantes, como anemia, distúrbios da tireoide e outras doenças associadas à fadiga e ao desânimo. O diagnóstico diferencial é fundamental, uma vez que os sintomas da depressão pós-parto podem se assemelhar aos do baby blues, condição transitória que acomete grande parte das puérperas. Além disso, outras condições psiquiátricas do período puerperal devem ser consideradas durante a avaliação clínica (STEWART *et al.*, 2016).

Para o rastreamento da DPP, recomenda-se a utilização de instrumentos padronizados e validados ao longo do período perinatal. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) é a ferramenta mais amplamente utilizada na prática clínica, composta por dez itens de autorrelato que avaliam sintomas depressivos e ansiosos nas últimas sete dias. Pontuações iguais ou superiores a 13 indicam risco elevado para DPP e requerem avaliação clínica aprofundada para confirmação diagnóstica (STEWART; VIGOD, 2016).

O ACOG, por sua vez, recomenda que o rastreamento seja realizado de forma seriada: na primeira consulta pré-natal, em momento posterior durante a gestação e nas consultas pós-parto. Quando o resultado da triagem é positivo, a paciente deve ser encaminhada para avaliação clínica abrangente e, conforme indicado, para acompanhamento em saúde mental, garantindo acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento (ACOG, 2023).

O tratamento da depressão pós-parto deve ser individualizado de acordo com a gravidade dos sintomas, o grau de comprometimento funcional da paciente e sua capacidade de estabelecer vínculo e prestar cuidados ao recém-nascido. Em casos leves, recomenda-se inicialmente acompanhamento em atenção primária, suporte psicossocial, orientação familiar e monitoramento clínico regular (STEWART; VIGOD, 2016).

Quando essas medidas são insuficientes, a psicoterapia e o acompanhamento psiquiátrico tornam-se fundamentais. Nos casos moderados a graves, especialmente quando há prejuízo funcional importante, ideação suicida ou comprometimento do vínculo materno-infantil, pode ser necessária a associação de tratamento farmacológico. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) constituem uma das principais opções terapêuticas, e sua escolha deve considerar eficácia, segurança materna e compatibilidade com a amamentação. Benzodiazepínicos podem ser utilizados temporariamente em situações específicas de ansiedade intensa ou insônia grave. Em casos graves ou refratários, podem ser consideradas hospitalização e terapias somáticas, como a eletroconvulsoterapia (JUSTESEN; JOURDAINE, 2023).

Abordagens complementares, incluindo suplementação de vitamina D, ômega-3, folato, S-adenosilmetionina, erva-de-são-joão, fototerapia e acupuntura, vêm sendo investigadas para o tratamento da DPP. Entretanto, as evidências disponíveis ainda são insuficientes para sua recomendação rotineira. Da mesma forma, terapias hormonais, como o uso de estrogênio transdérmico, permanecem em investigação. Assim, essas estratégias podem ser consideradas complementares, mas não substituem tratamentos com eficácia estabelecida, especialmente a psicoterapia e o tratamento farmacológico quando indicados (JUSTESEN; JOURDAINE, 2023).

Psicose puerperal

A PP é uma forma grave de doença mental perinatal, com consequências profundas para o bem-estar da mãe, do bebê e do núcleo familiar. Apesar da gravidade de sua apresentação clínica, trata-se de uma emergência psiquiátrica de ocorrência rara (SANADI *et al.*, 2026).

A prevalência da psicose pós-parto é estimada entre uma e duas mulheres a cada mil nascimentos em todo o mundo, com maior ocorrência entre aquelas com histórico prévio de transtornos do humor, especialmente transtorno bipolar tipo I (SANADI *et al.*, 2026). Estudos apontam que o parto pode atuar como desencadeador do primeiro episódio psicótico, com risco relativo cerca de 23 vezes maior quando comparado a outros períodos da vida da mulher (FUSAR-POLI *et al.*, 2025). Apesar disso, os mecanismos fisiopatológicos envolvidos ainda não são completamente esclarecidos.

O risco é mais elevado nas primeiras semanas do puerpério, com início geralmente agudo e súbito, sobretudo nas duas primeiras semanas após o nascimento, podendo se estender até o fim do período puerperal (SANADI *et al.*, 2026). Clinicamente, a maioria das pacientes apresenta sintomas graves de humor, incluindo quadros de mania, depressão e sintomas psicóticos. Esse padrão de início rápido, associado à elevada gravidade clínica, faz da psicose pós-parto um dos fenótipos mais distintos da psiquiatria perinatal. Quando não tratada adequadamente, pode evoluir para desfechos graves, como suicídio materno e infanticídio (BERGINK *et al.*, 2026).

Outros fatores de risco envolvem idade materna em extremos, baixo peso ao nascer, malformações congênitas, complicações durante o período perinatal ou neonatal, parto prematuro, morte fetal e mães solo (SANADI *et al.*, 2026). Além da vulnerabilidade diante do histórico médico, fatores psicossociais também se tornaram determinantes para o desenvolvimento da

psicose puerperal. Dentre eles, podemos citar trauma grave na infância, violência doméstica, luto, eventos estressores e privação de sono (RAZA; RAZA, 2023).

Em mulheres predispostas, esses fatores foram associados a maior risco de recaída psiquiátrica no período pós-parto, possivelmente mediados por alterações da resposta biológica ao estresse e por níveis aumentados de cortisol durante a gestação (HAZELGROVE *et al.*, 2021). Além disso, estudos mostraram alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), no qual pacientes com PP apresentavam níveis elevados de cortisol 15 semanas após o parto em comparação com mulheres saudáveis no pós-parto (BERGINK *et al.*, 2026). Em contrapartida, a diabetes materna e o grande peso ao nascer (GIG) agem como fatores protetores contra a psicose puerperal em mães primigestas durante os primeiros três meses (RAZA; RAZA, 2023).

Do ponto de vista clínico, a sintomatologia pode ser agrupada em três perfis principais: maníaco, depressivo e atípico. O perfil maníaco ou misto é o mais prevalente e caracteriza-se por humor elevado ou irritável, agitação, hiperatividade e redução da necessidade de sono. O perfil depressivo manifesta-se predominantemente por sintomas depressivos e ansiosos, enquanto o perfil atípico envolve distúrbios da consciência, comportamento desorganizado e desorientação (BERGINK *et al.*, 2021). Essa diversidade de manifestações contribui para a complexidade diagnóstica e exige atenção cuidadosa dos profissionais de saúde que acompanham a mulher no ciclo gravídico-puerperal.

O diagnóstico da psicose puerperal é clínico, baseado na anamnese, no exame físico e na exclusão de diagnósticos diferenciais. A PP não é classificada como diagnóstico distinto no DSM-5-TR, sendo codificada como transtorno de humor com características psicóticas ou como especificador dentro do espectro bipolar

(BERGINK *et al.*, 2026). Clinicamente, o quadro inicia-se de forma abrupta nas primeiras duas semanas após o parto e inclui alucinações, delírios, humor maníaco ou deprimido, alteração rápida de humor, perda de inibições, inquietação, confusão e comportamento desorganizado (ACOG, 2023). Infelizmente, as condições de saúde mental perinatal permanecem subdiagnosticadas e subtratadas, o que pode resultar em desfechos evitáveis — o suicídio e a overdose figuram entre as principais causas de mortalidade materna associada à gravidez, sendo quase toda a mortalidade materna secundária à saúde mental considerada prevenível pelo CDC (ACOG, 2023; BERGINK *et al.*, 2026).

Outras condições podem mimetizar a psicose pós-parto, tornando indispensável a verificação de diagnósticos diferenciais. Como exemplos, destacam-se o delírio por intoxicação de álcool, benzodiazepínicos, cocaína ou maconha, além de quadros de hiponatremia, hipoglicemia e uremia (RAZA; RAZA, 2023). Além destes, investigar causas orgânicas, a partir de exames complementares, garante um tratamento adequado e minimiza danos. Logo, os principais exames indicados são os laboratoriais, incluindo triagem metabólica e hemograma completo para avaliar presença ou não de infecção e outras alterações eletrolíticas. Devido à exacerbação de doenças autoimunes no período pós-parto, investigar a tireoide é essencial.

Além da avaliação da encefalite, por meio de punção lombar, eletroencefalograma e ressonância magnética (ACOG, 2023; BERGINK *et al.*, 2026).

O planejamento pré-natal deve, além de atender as demandas ginecológicas e obstétricas, coordenar um plano de prevenção da psicose pós-parto, incluindo farmacologia, observação e apoio. Vale reforçar que pacientes com histórico de psicose pós-parto apresentam risco de recorrência de 31% e, para aquelas com histórico de transtorno bipolar prévio, a taxa

atinge entre 41% e 87%, demonstrando, portanto, a importância de um acompanhamento psiquiátrico especializado durante a gravidez e o pós-parto. Entre as opções de tratamento, o lítio iniciado imediatamente após o parto possui a evidência mais robusta para prevenção da psicose pós-parto para população de alto risco. A psicose pós-parto exige avaliação, internação e tratamento emergencial imediato para resguardar e garantir a segurança da paciente e do bebê, necessitando de acompanhamento e monitoramento intensivo, devido ao risco de suicídio materno e infanticídio (BERGINK *et al.*, 2021).

No curto prazo, a administração de benzodiazepínicos (como o lorazepam) associada a antipsicóticos sedativos (como a olanzapina ou o haloperidol) é o tratamento de primeira linha para a psicose pós-parto e pode ser feita pelo obstetra até a consulta psiquiátrica. Com um diagnóstico e tratamento precoce e adequado, a paciente pode obter a remissão completa em até 2 meses após o parto. Superada a crise aguda, o lítio se torna uma alternativa eficaz na prevenção de recorrência, a partir do seu uso durante todo o primeiro ano após o parto (ACOG, 2023). Além das terapias medicamentosas, a eletroconvulsoterapia (ECT) é reconhecida como um tratamento alternativo benéfico em pacientes com recaída aguda ou exacerbação da psicose no período pós-parto (BERGINK *et al.*, 2026).

Diante do exposto sobre a psicose pós-parto, fica evidente que é uma doença psiquiátrica grave, a qual interfere e impacta todas as áreas da vida da mulher, especialmente, a afetiva. Ademais, a PP deve ser diagnosticada o mais breve possível, a fim de evitar disfunções entre o vínculo mãe e recém-nascido, que é crucial para o desenvolvimento completo e adequado da criança (BERGINK, 2023). Por fim, destaca-se que o treinamento das equipes de saúde e a atenção à saúde mental materna o

treinamento e a atenção médica diante da saúde da mulher no contexto obstétrico são essenciais para evitar transtornos e dores à família e à paciente e, assim, garantir a saúde e o bem-estar geral da díade, cumprindo com seu dever médico.

Impactos sobre a saúde materna

Os transtornos psiquiátricos do puerpério representam importante causa de morbidade materna e estão associados às repercussões que ultrapassam o sofrimento emocional imediato. Tanto a depressão pós-parto quanto a psicose puerperal podem comprometer significativamente a capacidade funcional da mulher, interferindo não só no desempenho nas atividades cotidianas, mas também na adaptação ao novo papel materno. Além disso, a presença desses transtornos está associada à pior percepção de qualidade de vida, ao aumento da utilização de serviços de saúde e a maior ocorrência de comorbidades psiquiátricas ao longo da vida (STEWART; VIGOD, 2016; FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

No contexto da DPP, um dos impactos mais relevantes refere-se ao prejuízo no vínculo materno-infantil. Mulheres acometidas pelo transtorno frequentemente apresentam menor responsividade aos sinais do recém-nascido, além de dificuldade de interação e sentimentos persistentes de inadequação em relação à maternidade. Como consequência, podem ocorrer dificuldades no estabelecimento do apego e na construção da relação mãe-bebê, especialmente quando os sintomas permanecem sem tratamento por períodos prolongados (BERGINK *et al.*, 2026). Paralelamente, a depressão puerperal também está associada a maiores taxas de interrupção precoce do aleitamento materno, dificuldades nos cuidados neonatais e menor adesão ao acompanhamento médico da própria mãe e da criança (JUSTESEN; JOURDAINE, 2023).

Outro aspecto relevante envolve o risco de cronificação dos sintomas psiquiátricos, uma vez que mulheres com DPP possuem maior probabilidade de desenvolver episódios depressivos recorrentes, transtornos ansiosos e outras condições psiquiátricas ao longo dos anos subsequentes. A persistência dos sintomas pode impactar negativamente relações conjugais, familiares e profissionais, ampliando as repercussões sociais e econômicas do transtorno (FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

A psicose puerperal, por sua vez, apresenta consequências potencialmente mais graves e imediatas. Considerada uma emergência psiquiátrica, essa condição está associada a elevado risco de autoagressão, suicídio e infanticídio, especialmente durante episódios de delírios ou alucinações relacionados ao recém-nascido. Em razão da perda do juízo crítico e da intensa desorganização comportamental, muitas pacientes necessitam de hospitalização psiquiátrica para proteção própria e do bebê, além de acompanhamento multiprofissional intensivo (RAZA; RAZA, 2023; BERGINK *et al.*, 2025).

Além dos riscos agudos, mulheres que desenvolvem psicose puerperal apresentam maior probabilidade de recorrência em futuras gestações e de posterior diagnóstico de transtornos do espectro bipolar. Evidências sugerem que uma parcela significativa dessas pacientes manifesta novos episódios afetivos ou psicóticos ao longo da vida, tornando indispensável o seguimento psiquiátrico prolongado após a resolução do quadro agudo (BERGINK *et al.*, 2026).

Diante desse cenário, o reconhecimento precoce dos transtornos psiquiátricos puerperais assume papel central na assistência à saúde da mulher. A identificação oportuna dos sintomas, associada ao acesso rápido a intervenções especializadas, pode reduzir complicações maternas graves, prevenir desfechos potencial-

mente fatais e favorecer a recuperação funcional da puérpera. Dessa forma, a vigilância sistemática da saúde mental durante a gestação e no período pós-parto deve ser compreendida

como componente essencial do cuidado obstétrico integral e humanizado (ACOG, 2023; FUSAR-POLI *et al.*, 2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstetrics & Gynecology*, v. 141, n. 6, p. 1232-1261, 2023. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200>
- BERGINK, V. *et al.* Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: a review. *Brain Sciences*, v. 11, n. 1, p. 47, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>.
- BERGINK, V. Prevention and treatment of postpartum mania, psychosis, and psychotic depression. *European Neuropsychopharmacology*, v. 74, p. 92–94, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.02.004>.
- BERGINK, V. *et al.* Postpartum Psychosis and Bipolar Disorder: Review of Neurobiology and Expert Consensus Statement on Classification Biological Psychiatry, v. 99, p. 740-747, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2025.10.016>.
- CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.
- FUSAR-POLI, P. *et al.* Postpartum psychiatric disorders: an update on diagnosis, pathophysiology and treatment. *Nature Reviews Psychology*, 2025a. DOI: <https://doi.org/10.1038/s44159-025-00345-9>.
- HAZELGROVE, K. *et al.* Risk factors for postpartum relapse in women at risk of postpartum psychosis: the role of psychosocial stress and the biological stress system. *Psychoneuroendocrinology*, v. 128, 105218, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105218>.
- JI, Q. Q.; WANG, M. Y. Epidemiology, pathophysiology, and interventions for postpartum depression: systematic review. *World Journal of Clinical Cases*, v. 13, n. 29, p. 110948, 2025. DOI: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v13.i29.110948>.
- JUSTESEN, K.; JOURDAINE, D. Peripartum depression: detection and treatment. *American Family Physician*, v. 108, n. 3, p. 267–272, 2023.
- MOTYKA, R.; SIOMA-MARKOWSKA, U. Postpartum emotional disorders: a narrative review. *Ginekologia Polska*, v. 96, n. 7, p. 607–612, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5603/GP.a2025.0107>.
- O'CONNOR, E. *et al.* Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, v. 315, n. 4, p. 380–387, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>.
- RAZA, S. K.; RAZA, S. Postpartum psychosis. In: *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023.
- SANADI, R. *et al.* Navigating postpartum psychosis: perspectives, needs, expectations and experiences of women and their families: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, v. 29, n. 2, p. 1–15, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-025-01456-3>.
- STEWART, D. E.; VIGOD, S. N. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, v. 375, n. 22, p. 2177-2186, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>.
- THEME FILHA, M. M. *et al.* Nascer no Brasil II: protocolo de investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós-parto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 4, e00249622, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT249622>.
- ZELČĀNE, E. *et al.* Psychosocial risk factors for depression and anxiety in European postpartum women: a scoping review. *European Journal of Midwifery*, v. 10, n. 1, p. 1–12, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18332/ejm/178456>.