

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVII

Capítulo 5

TRANSTORNOS DE HUMOR EM MULHERES: ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOSSOCIAIS E DESAFIOS NO CUIDADO EM SAÚDE

MILLENA MATHEUS FRANÇA¹
ANNA JÚLIA ARRAES ALVES DE SOUZA¹

¹*Discente – Medicina do Centro Universitário de Brasília.*

Palavras-Chave: *Transtornos de Humor; Saúde Mental das Mulheres; Fatores Psicossociais.*

DOI

10.59290/9203920825

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor são um grupo de condições que afetam profundamente o estado emocional das pessoas, podendo prejudicar desde a qualidade de vida até os relacionamentos pessoais. Esses transtornos envolvem mudanças significativas no humor, podendo ser episódios de tristeza intensa (como na depressão), de euforia ou agitação (como na mania ou hipomania), ou até mesmo uma combinação desses estados, o que caracteriza os episódios mistos. Dentro desse grupo, estão os transtornos depressivos e bipolares, que têm algumas diferenças quanto à intensidade e ao tempo em que os sintomas aparecem.

Antigamente, o DSM-IV reunia todos esses transtornos em uma única categoria, chamada "transtornos de humor" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), mas com o DSM-5, essa classificação foi dividida em transtornos depressivos e transtornos bipolares (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), na sua Classificação Internacional de Doenças (CID-11), continua a usar o termo "transtornos de humor" de forma geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022a).

Os transtornos de humor são uma das principais causas de incapacidade do mundo, gerando impactos sociais e econômicos significativos. Segundo o relatório da OMS (2022b), estima-se que em 2019, 280 milhões de pessoas vivam com transtornos depressivos (incluindo depressão maior e distímia) e 40 milhões vivam com transtorno afetivo bipolar. Nesse contexto, a depressão está relacionada a 5,6% de anos de vida saudável perdidos por incapacidade (YLDs) global em 2019, e por 39% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) relacionados aos transtornos mentais (WORLD

HEALTH ORGANIZATION 2022b; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994)

O foco deste capítulo são os transtornos depressivos (**Tabela 5.1**). Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que 14,7% das mulheres referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde um aumento em relação a 2013, quando esse número era de 10,9%. Já entre os homens, a prevalência foi de 5,1% em 2019, contra 3,9% em 2013. Esses dados evidenciam uma maior vulnerabilidade do sexo feminino à esses transtornos, refletindo tanto fatores biológicos quanto psicossociais associados às desigualdades de gênero.

A razão de as mulheres serem mais vulneráveis a esses transtornos é complexa e envolve tanto fatores biológicos e hormonais quanto psicossociais. As flutuações hormonais ao longo do ciclo menstrual, por exemplo, podem afetar a regulação emocional e a forma como as mulheres lidam com o estresse (SUNDSTRÖM-POROMAA *et al.*, 2020; SLAVICH & ASCHER, 2019).

Além disso, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), responsável pela resposta ao estresse, tem um papel crucial na depressão, especialmente nas mulheres, e há evidências de que ele se comporta de forma diferente em momentos específicos do ciclo reprodutivo, como no período pré-menstrual e no pós-parto (HANTSOO *et al.*, 2023).

Um exemplo claro de transtorno relacionado ao ciclo menstrual é o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), que afeta muitas mulheres em idade fértil e causa sintomas emocionais severos, impactando a qualidade de vida (SUNDSTRÖM-POROMAA *et al.*, 2020). Já a pós-menopausa também é uma fase crítica para a saúde mental, com uma prevalência de depressão que chega a 28% globalmente (LI *et al.*, 2024).

No Brasil, a depressão entre jovens adultos tem aumentado nos últimos anos, o que torna ainda mais urgente dar atenção à saúde mental das mulheres ao longo de suas vidas (OLIVEIRA *et al.*, 2023). Fatores como baixa escolaridade, dificuldades financeiras e histórico familiar de transtornos mentais também aumentam o risco de depressão durante a gestação e o pós-parto (SILVA *et al.*, 2022).

Este capítulo tem como objetivo analisar esses fatores, com foco especial em transtornos depressivos nas fases do ciclo reprodutivo em que as mulheres são mais vulneráveis, como o período pré-menstrual, a gestação, o pós-parto e a menopausa. A pesquisa será baseada em uma revisão da literatura científica mais atual sobre o tema.

Tabela 5.1 Principais transtornos depressivos

Transtorno Depressivo Maior (TDM)
Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)
Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor
Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM)
Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento
Transtorno depressivo devido a outra condição médica
Outros Transtornos Depressivos Especificados
Transtorno Depressivo Não Especificado

Fonte: Elaboração própria com base em AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada no período de setembro e outubro de 2025. A pesquisa foi realizada por meio de busca nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores: "*Depressive Disorder*", "*Bipolar Disorder*", "*Women*", "*Hormones*", "*Psychosocial*", "*Social Factors*".

Na PubMed, a busca foi realizada com a combinação de termos MeSH: ("*Depressive Di-*

sorder" [MeSH] OR "*Bipolar Disorder*" [MeSH]) AND ("*Female*"[MeSH] OR *women*) AND (*hormones* OR *psychosocial* OR "*social factors*"). Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2015 a 2025; que abordassem os transtornos de humor em mulheres e que fossem estudos do tipo revisão, meta-análise, ou estudos observacionais. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, resumos, estudos não diretamente relacionados ao tema central da pesquisa e aqueles que não atendiam aos demais critérios de inclusão. A pesquisa resultou em 176 artigos, dos quais 43 foram selecionados para a análise inicial. Após avaliação mais detalhada, o número foi reduzido para 7 artigos mais relevantes.

Na SciELO, a busca utilizou os termos "mulheres" e "depressão", aplicando filtros para artigos nos idiomas inglês e português e publicados entre 2015 e 2025. O total de artigos encontrados foi 262, dos quais 3 artigos foram selecionados com base na relevância temática e qualidade metodológica. Foram utilizados também o DSM IV, o DSM V, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), o guia da OMS, e da ACOG a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS 2019) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como referências complementares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores Biológicos

A vulnerabilidade feminina aos transtornos de humor está profundamente relacionada às alterações hormonais que ocorrem ao longo do ciclo reprodutivo, gestação, puerpério e menopausa. Entre os mecanismos biológicos mais estudados, destaca-se a sensibilidade anormal à alopregnanolona, um neuroesteroide derivado da progesterona que exerce forte influência sobre a regulação do humor e da ansiedade. Essa su-

bstância atua como modulador positivo dos receptores GABA-A no sistema nervoso central, intensificando a ação do GABA (principal neurotransmissor inibitório do cérebro) e promovendo um efeito ansiolítico e estabilizador do humor. No entanto, em algumas mulheres, especialmente aquelas com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), há uma sensibilidade aumentada a essas flutuações hormonais. Nesses casos, o sistema nervoso responde de forma amplificada às oscilações da alopregnanolona, principalmente durante a fase lútea do ciclo menstrual, quando há uma elevação e posterior queda abrupta desse neuroesteroide. Essa resposta exacerbada gera disfunção na modulação GABAérgica, resultando em um desequilíbrio neuroquímico que se manifesta clinicamente por sintomas como irritabilidade intensa, ansiedade, instabilidade emocional e episódios depressivos (SUNDSTRÖM-POROMAA *et al.*, 2020).

Outro componente central é o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), responsável pela regulação da resposta ao estresse por meio da liberação de cortisol. Em condições ideais, o HHA funciona por meio de um sistema de retroalimentação negativa: o estresse ativa o hipotálamo, que libera CRH, estimulando a hipófise a produzir ACTH, o qual, por sua vez, induz as glândulas adrenais a secretarem o cortisol. Quando os níveis do hormônio se elevam, o sistema inibe sua produção para evitar o excesso. Em diferentes fases do ciclo de vida da mulher, alterações na regulação desse eixo, como o aumento da sensibilidade ao estresse e a disfunção na retroalimentação negativa do cortisol, têm sido associadas a maior predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos (HANTSOO *et al.*, 2023). Essa disfunção potencializa os efeitos das variações hormonais, ampliando a vulnerabilidade biológica à depressão.

As mudanças hormonais durante o ciclo reprodutivo da mulher exercem efeito importante sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), modulando a forma como o estresse é processado e contribuindo para a vulnerabilidade aos transtornos de humor (**Tabela 5.2**). No ciclo menstrual, o cortisol parece estar aumentando na fase folicular quando comparada à fase lútea. Entretanto, é observada maior reatividade do eixo nessa fase. Nesse sentido, Hantsoo *et al.* (2023) traz a hipótese de que os baixos níveis de cortisol exerçam uma diminuição do “tônus” de uma diminuição maiores aumentos de cortisol com o estresse (HANTSOO *et al.*, 2023).

Durante a gestação, observa-se uma ativação progressiva do eixo HHA, especialmente em função da produção de CRH placentário e da manutenção de elevados níveis hormonais sexuais. Essa ativação é adaptativa para suportar as demandas da gravidez, mas exige uma regulação eficiente por parte do feedback negativo do eixo para evitar seu descontrole (HANTSOO *et al.*, 2023). Ao término da gestação, o puerpério caracteriza-se por uma queda abrupta desses hormônios, o que representa um momento de instabilidade endócrina. Esse recuo repentino pode impactar a normalização do eixo HHA em mulheres predispostas, facilitando o aparecimento de sintomas depressivos no pós-parto (HANTSOO *et al.*, 2023).

Durante o climatério, especialmente na perimenopausa tardia, observa-se uma alteração na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), caracterizada por níveis de cortisol basal mais elevados e mudanças na resposta ao estresse, independentemente de estressores externos (HANTSOO *et al.*, 2023). Essa desregulação, combinada à queda dos níveis de estrogênio e à menor eficiência do feedback negativo, pode contribuir para uma maior vulnerabilidade a sintomas depressivos em algumas mulheres.

Tabela 5.2 Resumo das alterações hormonais conforme as fases do ciclo reprodutivo

Fase do Ciclo Reprodutivo	Alterações Hormonais / Biológicas	Efeito sobre o eixo HHA / Resposta ao Estresse	Implicações Clínicas
Ciclo Menstrual (Fase Folicular e Lútea)	Variação nos níveis de estrogênio, progesterona e neuroesteroides (ex: alopregnanolona)	Modulação da secreção de cortisol e da reatividade ao estresse; possível aumento da resposta ao estresse na fase lútea, especialmente em mulheres sensíveis	Maior vulnerabilidade a sintomas de ansiedade e humor instável (ex: TDPM)
Gestação	Aumento progressivo de hormônios sexuais e produção de CRH placentário	Ativação progressiva do eixo HHA com altos níveis de cortisol; necessário feedback negativo eficiente para evitar descontrole	Adaptação fisiológica para gravidez, mas possível impacto em mulheres com regulação vulnerável
Puerpério	Queda abrupta nos níveis de estrogênio e progesterona	Desregulação do eixo HHA pela queda hormonal abrupta, impactando a resposta ao estresse	Risco aumentado para sintomas depressivos pós-parto
Perimenopausa / Menopausa	Declínio dos níveis de estrogênio e progesterona	Níveis basais elevados de cortisol	Ainda sem evidência da relação do eixo HHA com a depressão no climatério

Fonte: Elaboração própria com base em HANTSOO *et al.*, 2023

Estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência de sintomas depressivos em mulheres varia de acordo com o contexto hormonal. Na pós-menopausa, por exemplo, uma meta-análise que incluiu mais de 385 mil participantes em 50 estudos identificou uma prevalência global de depressão de aproximadamente 28% (95% CI, 25.80-30.10), evidenciando o impacto significativo das alterações hormonais associadas ao envelhecimento reprodutivo (LI *et al.*, 2024).

Além disso, a complexidade dos mecanismos hormonais fica evidente nos estudos sobre terapia de reposição hormonal na pós-menopausa. Embora essa intervenção possa trazer benefícios em determinados contextos, também pode representar um fator de risco quando mal indicada, dependendo do tempo de uso e das características individuais da paciente (LI *et al.*, 2024). Isso reforça que os aspectos biológicos não devem ser analisados isoladamente, mas dentro de um modelo multifatorial que considere também variáveis psicossociais e contextuais.

Diante disso, observa-se que o estradiol e a progesterona, desempenham papel importante na regulação do humor feminino. O estradiol atua como neuromodulador, aumentando a disponibilidade de neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina, promovendo a plasticidade sináptica e regulando fatores neurotróficos, como o BDNF. Além disso, ele modula respostas inflamatórias e influencia o funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), contribuindo para a resposta ao estresse (SLAVICH & SACHER, 2019).

Segundo a *Social Signal Transduction Theory of Depression*, experiências sociais adversas podem ativar respostas inflamatórias que interagem com essas variações hormonais. Dessa forma, períodos de baixa ou instabilidade do estradiol e da progesterona intensificam os efeitos depressogênicos do estresse social, explicando em parte a maior prevalência de transtornos depressivos em fases de transição hormonal feminina (SLAVICH & SACHER, 2019).

Já em relação ao transtorno bipolar, foi visto que as altas concentrações de estradiol no pe-

riodo periovulatório foi responsável por desencadear episódios hipomaniacos ou maniacos por meio do aumento da regulação positiva do sistema de recompensa dopaminérgico e por meio do aumento da excitabilidade neuronal (KUEHNER & NAYMAN, 2021).

Essas evidências consolidam a importância do reconhecimento da influência dos fatores biológicos na etiologia dos transtornos de humor em mulheres, especialmente no que se refere às alterações hormonais e à regulação do eixo H-HA. A compreensão desses mecanismos deve orientar tanto a prática clínica quanto o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias terapêuticas mais personalizadas.

Fatores Psicossociais

Além dos mecanismos biológicos, fatores psicossociais exercem papel fundamental na etiologia e na manutenção dos transtornos de humor em mulheres, especialmente em fases de maior vulnerabilidade, como a gestação, o puerpério e a menopausa. No contexto brasileiro, Azambuja *et al.* (2023) investigaram 153 gestantes vivendo em um município do interior do Rio Grande do Sul e identificaram fatores psicossociais relevantes para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a gravidez. Os dados da pesquisa revelaram que 25,9% das mulheres apresentaram sintomas de depressão pós-parto (DPP), 18,5% foram diagnosticadas com episódio depressivo maior. Em relação aos fatores de risco e proteção, a ausência de negligência emocional na infância e um bom ajuste conjugal demonstraram ser fatores protetores, reduzindo o risco de depressão em 27% e 21%, respectivamente. Por outro lado, o histórico prévio de depressão pós-parto (DPP) aumentou a chance de depressão em 76%, preocupações relacionadas à falta de confiança em 38%, e a multiparidade contribuiu para o aumento dos sintomas depressivos.

Já com relação aos transtornos de humor em geral, o bom ajuste conjugal foi identificado como um fator protetor reduzindo em 64% e o falta de confiança, abuso emocional moderado na infância e história de depressão foram fatores de risco, reduzindo em 60%, 34% e 32%, respectivamente (AZAMBUJA *et al.*, 2023).

Quanto ao puerpério, o estudo MINA-Brasil realizado com mulheres da Amazônia Ocidental com duas avaliações durante a gravidez e três pós parto (3, 6 e 12 meses), demonstrou que 20% das participantes apresentaram sintomas depressivos durante o primeiro ano após o parto e mulheres que tinham transtornos mentais comuns nas duas avaliações da gestação tiveram 5,6 vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos no pós-parto, mesmo após o controle de outras variáveis (IC95%: 2,50–12,60) (SILVA *et al.*, 2022).

Além disso, mulheres com até 9 anos de estudo tiveram um risco quase quatro vezes maior de apresentar sintomas depressivos no pós-parto (OR ajustado: 3,89; IC95%: 1,58–9,62), enquanto aquelas com 10 a 11 anos tiveram risco cerca de três vezes maior (OR ajustado: 3,16; IC95%: 1,44–6,93), em comparação com aquelas que completaram 12 anos ou mais de escolaridade (SILVA *et al.*, 2022).

Esses achados evidenciam a forte influência dos determinantes sociais sobre a saúde mental materna e reforçam a necessidade de políticas públicas e ações comunitárias que enfrentem as desigualdades que afetam as mulheres ao longo do ciclo da gestação e do pós-parto.

Na menopausa e pós-menopausa, aspectos psicossociais como isolamento social, alterações no papel familiar, mudanças na identidade pessoal e profissional, e histórico de perdas significativas também contribuem para o surgimento ou agravamento de sintomas depressivos. De acordo com Li *et al.* (2024), mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas apresentam ma-

ior risco de depressão em comparação com aquelas casadas (OR: 2,03, IC 95%: 1,33–3,11), enquanto fatores como prática regular de atividade física (OR: 0.56, 95% CI: 0.53-0.59), maior número de filhos amamentados (OR: 0.43, 95%CI: 0.19-0.97), e menopausa tardia (OR: 0.44, 95%CI: 0.37-0.51) funcionam como elementos protetores.

Importante destacar que a vulnerabilidade psicológica não se restringe às fases reprodutivas mais avançadas. Mesmo entre mulheres jovens, o estudo de Oliveira *et al.* (2024), que usou dados da PNS, em 2013 6,8 % (95%IC: 5,1-8,4) das mulheres de 18 a 20 anos apresentavam sintomas depressivos. Posteriormente, em 2019, esse número aumentou chegando a 16,9(95% IC: 13,1-20,8). Comparativamente, os homens na mesma faixa tiveram prevalência de 2,4% e 7,8 em 2013 e 2019, respectivamente. Isso pode estar ligado à violência de gênero, acúmulo de várias funções, entre outros fatores, que podem levar à sobrecarga feminina. Adicionalmente, as mulheres tendem a procurar mais serviços de saúde e com isso tendo melhor entendimento sobre sua saúde em geral, incluindo mental de sintomas depressivos, possivelmente relacionados às crescentes pressões sociais, instabilidade econômica e dificuldades no acesso a cuidados em saúde mental. Um estudo baseado na Pesquisa Nacional de Saúde revelou um aumento significativo de sintomas depressivos autorreferidos entre jovens brasileiras entre 2013 e 2019, indicando que o risco para transtornos de humor já está ampliado nas fases iniciais da vida adulta (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Esses achados reforçam a compreensão de que os transtornos de humor em mulheres não podem ser explicados apenas por determinantes biológicos, exigindo uma abordagem integrativa que reconheça as múltiplas camadas de vulnerabilidade social às quais muitas mulheres estão expostas ao longo da vida.

Desafios no Cuidado à Saúde

A promoção de saúde mental das mulheres enfrentam diversos desafios, especialmente durante os períodos de maior vulnerabilidade no ciclo de vida feminino. Nesse contexto, em relação ao período perinatal, o subdiagnóstico e a dificuldade em detectar os transtornos precocemente constituem um importante desafio. Além disso, observa-se a capacitação insuficiente dos profissionais de saúde que, em muitos casos não recebem treinamento específico em saúde mental perinatal, o que compromete a detecção dos sinais de depressão, ansiedade e outros transtornos, bem como a aplicação de intervenções necessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022 a; ACOG, 2023).

Em contextos de baixa e média renda, há também a escassez de especialistas e recursos de saúde mental. Aliado a isso a integração limitada entre os níveis de atenção gera dificuldade de encaminhamento, tratamento e acompanhamento contínuo de mulheres com transtornos mentais, principalmente em casos graves que necessitam de atendimento mais complexo e especializado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a; ACOG, 2023). A sobrecarga de trabalho e o tempo reduzido nas consultas comprometem ainda mais a escuta ativa e a aplicação de triagens psicológicas (ACOG, 2023).

Além disso, questões socioculturais, como estigmatização e preconceito em relação à saúde mental, podem inibir a procura por ajuda, reforçando o subdiagnóstico. Outro desafio relevante é a ausência de ambientes de apoio estruturados, que incluam suporte familiar, comunitário e atenção respeitosa no contexto clínico, fundamentais para o bem-estar psicológico da gestante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a).

Diante desses desafios, algumas estratégias podem contribuir para melhorar o cuidado em

saúde mental perinatal. Entre elas, destacam-se: a implementação de triagens rotineiras (**Tabela 5.3**) para identificar precocemente sintomas de depressão, ansiedade e outros transtornos; a formação continuada de profissionais de atenção materno-infantil; o fortalecimento da integração entre atenção primária, serviços especializados e redes de apoio comunitário; a promoção de ambientes acolhedores e livres de julgamento, que incentivem a expressão de sofrimento psíquico; e a adoção de modelos de atenção escalonada (stepped-care), nos quais intervenções de intensidade variável são oferecidas de acordo com a gravidade do quadro clínico (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2022a; ACOG, 2023). Essas ações contribuem não apenas para reduzir lacunas no diagnóstico e tratamento, mas também para fortalecer a saúde mental materna, promovendo impactos positivos na gestação, no pós-parto e no desenvolvimento infantil.

Tabela 5.3 Ferramentas de triagem utilizadas

Depressão	EPDS e PHQ-9
Transtorno Bipolar	MDQ e CIDI

Fonte: Elaboração própria com base em ACOG, 2023

No pós-parto, os desafios se intensificam devido à sobrecarga de responsabilidades e ao isolamento social, o que aumenta a vulnerabilidade à DPP. Esse período é marcado por desafios significativos na gestão da saúde mental das mulheres, especialmente no tratamento da depressão pós-natal. Ademais, segundo a metanálise de Brown *et al.* (2021), a evidência disponível sobre a segurança e eficácia de tratamentos durante a amamentação ainda é limitada, embora existam tratamentos eficazes para a depressão pós-parto, incluindo medicamentos antidepressivos. Isso ressalta a necessidade de

avaliações cuidadosas e individualizadas, considerando tanto os benefícios do tratamento quanto os possíveis riscos para a mãe e o bebê.

Além disso, a revisão destaca a importância de intervenções multidisciplinares e apoio contínuo para garantir que as mulheres recebam um cuidado adequado e integrado nesse período vulnerável.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) propõe objetivos e estratégias para a implementação de um modelo voltado à saúde mental feminina. Entre eles estão a melhoria das informações sobre mulheres com transtornos mentais, a qualificação da atenção à saúde mental, a inclusão de aspectos de gênero e raça, e a integração com setores não-governamentais, promovendo a participação das mulheres na definição das políticas de atenção (BRASIL, 2004). E a Lei nº 11.108, de 2005, que trata do parto humanizado, garante os princípios de humanização do atendimento, promovendo uma abordagem mais acolhedora e sensível às especificidades do universo feminino.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, a compreensão dos transtornos de humor em mulheres exige uma abordagem ampla e multifatorial, que considere as complexas interações entre fatores biológicos, hormonais e psicossociais ao longo das diferentes fases do ciclo de vida. Evidências mostram que a sensibilidade às flutuações hormonais, disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e alterações neuroendócrinas desempenham papel fundamental na vulnerabilidade feminina para quadros depressivos, especialmente em momentos como a fase lútea do ciclo menstrual, o puerpério e a transição menopausal.

Simultaneamente, contextos de sobrecarga emocional, desigualdade de gênero, baixa rede

de apoio social e histórico de violência constituem fatores psicossociais que não apenas contribuem para o surgimento e agravamento dos sintomas, como também dificultam o acesso e a adesão ao tratamento. A literatura brasileira evidencia, ainda, que essas vulnerabilidades são especialmente significativas durante a gestação e o pós-parto, fases nas quais a detecção precoce e o cuidado contínuo são cruciais, mas ainda limitados na prática clínica cotidiana.

Além dos determinantes clínicos e sociais, os desafios estruturais no cuidado à saúde mental das mulheres, como a fragmentação dos serviços, a escassez de profissionais capacitados e o estigma relacionado ao sofrimento psíquico, reforçam a necessidade de estratégias integradas e centradas na pessoa. É essencial que as políticas públicas em saúde mental avancem no

sentido de incorporar a perspectiva de gênero e considerem a singularidade das experiências femininas nas diversas etapas da vida.

Investir em formação profissional, acesso equitativo aos serviços, rastreamento sistemático e ações intersetoriais voltadas à prevenção e promoção da saúde mental representa um passo importante na redução das desigualdades e na construção de um cuidado mais humanizado. Além disso, é importante o desenvolvimento pesquisas a fim de elucidar melhor os fatores que tornar mulheres mais vulneráveis. Dessa forma, o reconhecimento da especificidade dos transtornos de humor em mulheres, com base em evidências científicas, deve orientar tanto a prática clínica quanto a formulação de políticas públicas que valorizem a saúde mental como parte fundamental do bem-estar feminino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 9 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 9 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_mulher.pdf. Acesso em: 9 out. 2025.

BROWN, J. V. E. *et al.* Antidepressant treatment for postnatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 2, 13 fev. 2021. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013560.pub2>.

HANTSOO, L. *et al.* The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in depression across the female reproductive lifecycle: current knowledge and future directions. *Frontiers in Endocrinology*, v. 14, p. 1295261, 2023. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1295261>.

KASSADA, D. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 495–502, dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500082>.

KHADEMI, K.; KAVEH, M. H. Social support as a coping resource for psychosocial conditions in postpartum period: a systematic review and logic framework. *BMC Psychology*, v. 12, n. 1, 28 maio 2024. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02122-4>.

LI, J. *et al.* Prevalence and associated factors of depression in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, v. 24, n. 1, 10 jun. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05924-8>.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de *et al.* Prevalência de sintomas depressivos entre adultos jovens no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 27, n. e240045, 2024. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240045>.

SILVA, B. P. da *et al.* Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos pós-natal no estudo MINA-Brasil: ocorrência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 83, 26 set. 2022. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004426>.

SLAVICH, G. M.; SACHER, J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology*, v. 236, n. 10, p. 3063–3079, 29 jul. 2019. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05326-9>.

SUNDSTRÖM-POROMAA, I. *et al.* Progesterone – friend or foe? *Frontiers in Neuroendocrinology*, v. 59, n. 100856, out. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100856>.

THOMPSON, P. M. *et al.* ENIGMA and global neuroscience: a decade of large-scale studies of the brain in health and disease across more than 40 countries. *Translational Psychiatry*, v. 10, n. 1, 20 mar. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0705-1>.

ZANOTTI, J. *et al.* Factors associated with postpartum weight retention in a Brazilian cohort. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 37, n. 4, p. 164–171, abr. 2015. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005269>.