SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXIX

Capítulo 27

SAÚDE MENTAL NO PERÍODO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA VITÓRIA CIOATO[1]
ANA LAURA DUTRA BORTOLOTO[1]
ANDRIELLE OLIVEIRA DE ALMEIDA[1]
FELIPE PEREIRA LIZOT[1]
HELENA CASAGRANDE KUZLI[1]
HYORRANA HAMID ZARDA RIBEIRO RODRIGUES[1]
JOÃO GABRIEL DA CUNHA[1]
LUIS ERNESTO BASSANESI [2]
PAOLA TRENTIN HOFMANN[1]
TIAGO FAORO PIONER[1]
VITÓRIA BORGES GONÇALVES[1]

[1]Discente - Medicina na Universidade de Caxias do Sul.
[2]Docente - Disciplina de Psiquiatria no Curso de Medicina na Universidade de Caxias do Sul.

Palavras-Chave: *Saúde Mental; Pós-Parto; Transtornos Psiquiátricos.*

DOI: 10.59290/9656222050

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O período pós-parto, puerpério, é a fase imediata e subsequente ao nascimento, durante a qual ocorrem a recuperação anatômica e a readaptação fisiológica do organismo materno ao estado não gestacional. Embora exista variação nas definições empregadas, modelos clínicos comumente subdividem o puerpério em fases (aguda, precoce/recente e tardia) que cobrem desde as primeiras 24 horas até semanas ou meses após o parto. Tradicionalmente consideram-se limites práticos em torno de seis a doze semanas para a recuperação inicial, com reconhecimento de que alterações psicossociais e riscos psiquiátricos podem perdurar por até um ano (CHAUHAN, 2022).

As transformações físicas e hormonais do puerpério são substanciais e multifatoriais: incluem involução uterina e adaptações endócrinas e imunometabólicas da lactação e da recuperação pós-parto. Paralelamente, a transição para a maternidade envolve modificações emocionais e comportamentais mediadas tanto por flutuações endócrinas quanto por fatores psicossociais, como privação de sono, reorganização de papéis familiares, estresse financeiro e mudanças na rede de suporte, que em conjunto modulam a vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos. A compreensão integrada desses processos fisiológicos e psíquicos é necessária para diferenciar respostas adaptativas transitórias, por exemplo baby blues, de episódios clínicos que requerem intervenção, como a depressão pós-parto (BERENS, 2025).

A saúde mental no pós-parto tem impacto direto sobre a mãe, o bebê e o núcleo familiar. Transtornos como a depressão pós-parto estão associados a pior adesão ao aleitamento, alterações no estabelecimento do vínculo mãe–bebê, menor responsividade materna e, em longo prazo, desfechos adversos no desenvolvimento cognitivo e socioemocional infantil. Condições menos prevalentes, porém de elevada gravidade, como a psicose pós-parto, implicam risco aumentado de suicídio e infanticídio e exigem intervenção psiquiátrica imediata. Essas repercussões clínicas e sociais tornam a detecção precoce, a monitorização e o tratamento componentes centrais do cuidado obstétrico e pediátrico (DIMCEA, 2024).

A justificativa para investigação e atenção ampliada à saúde mental perinatal decorre de sua elevada prevalência, do potencial de impacto intergeracional e das lacunas persistentes em triagem e acesso a serviços especializados. Do ponto de vista de saúde pública, intervenções que integrem triagem padronizada, capacitação de profissionais de atenção primária, dispositivos de referência e suporte psicossocial visam reduzir a carga de morbidade materna e melhorar desfechos neonatais e infanto-juvenis, respaldando a priorização em agendas de saúde reprodutiva e mental (KABUNGA, 2024).

MÉTODO

Foi feita uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar e analisar os estudos sobre saúde mental de mulheres no período pós-parto dos últimos cinco anos. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, BVS, *Cochrane Library* e UpToDate, utilizando os descritores "saúde mental", "mulheres", "período pós-parto", "transtornos mentais". Foram incluídos 15 estudos publicados entre 2019 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a saúde mental de mulheres durante o período pós-parto. Excluíram-se artigos duplicados entre as bases, trabalhos que tratassem de populações não relacionadas ao pós-parto, relatos de casos isolados e editoriais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos gerais da saúde mental no puerpério

O puerpério, que é considerado até o primeiro ano pós-parto, é marcado por intensas alterações hormonais, neurobiológicas, sociais e psicológicas. Com isso, a saúde mental materna sofre diversas oscilações que vão desde alterações emocionais transitórias até transtornos mentais graves que geram impacto direto na mulher, na criança e no funcionamento familiar. Os transtornos mentais perinatais são bem reconhecidos e têm grande importância na saúde pública, visto sua alta prevalência, subdiagnóstico e potenciais repercussões para o desenvolvimento infantil (HOWARD, 2020).

Estudos recentes apontaram que cerca de 10 a 25% das mulheres apresentam algum transtorno mental durante o período pós-parto. Entre eles, os mais frequentes são o ‘’Baby blues’’, que atinge cerca de 80% das mulheres nas primeiras duas semanas, sendo autolimitado e não considerado transtorno psiquiátrico. Além desse, ainda são recorrentes a depressão pós-parto, que tem alta prevalência mundial de 12 a 20% e maior impacto funcional, os transtornos de ansiedade em 15-25%, o transtorno de estresse pós-traumático e a psicose puerperal (FAIRBROTHER *et al*., 2021; AYERS *et al*., 2019).

As manifestações psiquiátricas mais frequentes no pós-parto possuem múltiplos fatores de riscos, que envolvem predisposição biológica, vulnerabilidade psicossocial e circunstâncias obstétricas. Os fatores biológicos envolvem flutuações hormonais (estrogênio e progesterona) intensas pós-parto, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e privação de sono e exaustão física. Os fatores psicossociais geralmente têm como principais fatores o histórico prévio de transtorno mental, o baixo suporte emocional e a violência doméstica e os obstétricos e perinatais provém de complicações obstétricas, sendo que a gravidez não planejada e a multiparidade também elevam o risco (GUINTINAVO *et al*., 2019).

Essa realidade cursa com repercussões importantes na saúde materna e da criança com redução da qualidade de vida, aumento do risco suicida e dificuldades de vínculo afetivo e menor responsividade materna, além de sobrecarga familiar. Algumas estratégias de prevenção e intervenções são muito importantes, entre elas estão intervenções psicossociais (apoio familiar, intervenções psicológicas), psicoterapia (terapia cognitivo comportamental e terapia interpessoal), farmacoterapia (antidepressivos), suporte social e políticas públicas (grupos de apoio, assistência social em UBS) (WHO, 2022).

Manifestações emocionais e transtornos psiquiátricos do pós-parto

As manifestações emocionais do pós-parto abrangem um espectro que vai de respostas fisiológicas transitórias a transtornos psiquiátricos graves. A forma mais comum é a tristeza materna, ou baby blues, que é um fenômeno autolimitado decorrente da intensa reorganização neuroendócrina e psicossocial que ocorre nos primeiros dias após o parto. Ela caracteriza-se por labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade e sensibilidade aumentada, geralmente iniciando-se entre o segundo e o terceiro dia e resolvendo-se espontaneamente em até duas semanas. Diferentemente da depressão pós-parto (DPP), o baby blues não exige número mínimo de sintomas e não causa prejuízo funcional significativo; a persistência de sintomas após duas semanas deve levantar suspeita de DPP (VIGUERA, 2025).

A DPP é o transtorno psiquiátrico mais prevalente do puerpério, com taxas globais entre 10% e 15%, podendo alcançar valores superiores em países de baixa e média renda. Embora

o DSM-5 utilize o especificador "com início no periparto" para episódios iniciados durante a gestação ou nas quatro semanas subsequentes ao parto, clinicamente considera-se DPP qualquer episódio depressivo que surja nos primeiros 12 meses pós-parto (VIGUERA, 2025). Seu quadro clínico se assemelha ao da depressão maior não perinatal, incluindo disforia, anedonia, culpa excessiva, prejuízo cognitivo e ideação suicida; contudo, no contexto pós-parto é comum observar ansiedade acentuada, preocupações excessivas com o bebê, medo de inadequação materna e dificuldades no vínculo mãe–bebê (VIGUERA, 2025). Como sintomas somáticos, como fadiga e alterações de sono, são frequentes no período puerperal, recomenda-se enfatizar sintomas afetivos e cognitivos na avaliação diagnóstica. A triagem deve ser realizada com instrumentos validados, especialmente a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), recomendada por entidades como ACOG e USPSTF (BERENS, 2025).

A DPP acarreta repercussões relevantes para a saúde materno-infantil. Está associada a menor probabilidade e menor duração do aleitamento materno, prejuízos no vínculo afetivo, redução da responsividade materna, falhas em práticas de segurança e vacinação, dificuldades no manejo do sono infantil e maior risco de desfechos cognitivos adversos e psicopatologia na infância. Também contribui para tensões conjugais e pode aumentar o risco de suicídio materno, ainda que a taxa absoluta seja baixa (1–5/100.000 nascimentos) (PAYNE, 2025).

A ansiedade no pós-parto é altamente prevalente e frequentemente comórbida à DPP, estando presente em até 66% das mulheres depressivas (VIGUERA, 2025). Caracteriza-se por preocupação excessiva com a saúde do bebê, hipervigilância, medo de incapacidade materna, irritabilidade e insônia. Embora certa dose de ansiedade seja esperada nesse período, ela torna-se patológica quando provoca sofrimento significativo ou prejuízo no cuidado. Ferramentas como PHQ-4 e GAD-7 são recomendadas para rastreamento (BERENS, 2025). O manejo envolve psicoeducação, terapias psicoterápicas (especialmente a terapia cognitivo-comportamental) e avaliação de comorbidade com depressão, uma vez que o tratamento conjunto é frequentemente necessário.

A psicose pós-parto (PPP) constitui a emergência psiquiátrica mais grave do ciclo gravídico-puerperal. Embora rara (1–2 casos por 1.000 nascimentos), apresenta alto risco de suicídio e infanticídio e demanda hospitalização imediata (VIGUERA, 2025).

Os sintomas surgem de forma abrupta, predominantemente nas duas primeiras semanas após o parto, e incluem delírios (muitas vezes com conteúdo religioso ou persecutório relacionado ao bebê), alucinações, desorganização comportamental, insônia grave, irritabilidade intensa e prejuízo do julgamento crítico. Diferenciar entre ruminações ansiosas ego-distônicas, comuns em DPP, e ideias delirantes com intenção é fundamental, pois estas últimas representam risco significativo (PAYNE, 2025). Os principais fatores de risco incluem transtorno bipolar, história pessoal ou familiar de PPP e episódios psicóticos ocorridos no periparto. A conduta recomendada é a hospitalização psiquiátrica imediata com monitoramento contínuo para segurança materna e neonatal (BERENS, 2025).

Outras condições psiquiátricas também podem surgir no pós-parto. O Transtorno obsessivo-Compulsivo (TOC) pós-parto é marcado por obsessões intrusivas relacionadas ao medo de prejudicar o bebê, geralmente ego-distônicas, acompanhadas de compulsões de checagem; diferentemente da psicose, não há delírios nem perda de crítica (PAYNE, 2025). Transtornos de ajustamento podem manifestar-se como tris-

teza, irritabilidade ou ansiedade exacerbada frente às demandas maternas, e devem ser monitorados devido ao potencial de evolução para DPP. A bipolaridade no pós-parto merece atenção especial: até 23% das mulheres inicialmente diagnosticadas com DPP podem apresentar, na verdade, episódios depressivos bipolar não reconhecidos (VIGUERA, 2025). Como antidepressivos isolados podem precipitar mania ou psicose, recomenda-se rastrear bipolaridade antes de iniciar tratamento farmacológico para depressão e ansiedade nesse período (BERENS, 2025).

Assim, reconhecer o espectro das manifestações emocionais do pós-parto é fundamental para aprimorar a acurácia diagnóstica e orientar condutas baseadas em evidências. Desde respostas transitórias como o baby blues até transtornos graves como a psicose pós-parto, cada condição apresenta padrões clínicos, fatores de risco e implicações distintas para a saúde materna e infantil. A realização de triagem sistemática com instrumentos validados, a diferenciação adequada entre sintomas fisiológicos e patológicos e a avaliação de comorbidades são etapas essenciais para o manejo. A atuação integrada das equipes de saúde permite identificar precocemente quadros de risco, reduzir desfechos adversos e direcionar intervenções terapêuticas apropriadas ao contexto clínico de cada paciente.

Fatores de risco e proteção

É sabido que a depressão pós-parto é uma doença multifatorial, associada a uma ampla gama de fatores de risco. O histórico prévio de transtornos mentais é um dos fatores mais robustos, sendo que, entre eles, a depressão prévia apresenta o maior risco associado. Em segundo lugar, a ansiedade pode aumentar as chances de depressão pós-parto em até um ano. Somado a isso, sabe-se que qualquer condição psiquiátrica prévia contribui positivamente para o risco de depressão pós-parto (LEISTIKOW; SMITH, 2024).

A privação de sono é um dos fatores de risco modificáveis mais bem definidos, embora também seja um aspecto esperado, considerando que os primeiros seis meses são marcados por intensa adaptação na vida da nova mãe. No entanto, entende-se que quanto menor a qualidade e o tempo de sono, maior é o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Trata-se, porém, de um tema de difícil discussão, pois esse fator está fortemente associado à necessidade laboral, à existência de licença-maternidade e à presença de rede de apoio. Ressalta-se ainda que o sono possui grande importância para a regulação funcional do organismo, tanto no âmbito emocional quanto hormonal (JOHANSEN *et al*., 2020).

Associada à privação de sono, podem estar presentes outras situações, como a sobrecarga parental, o que reforça a necessidade de discussões prévias e contínuas sobre a manutenção de divisões equitativas das tarefas. Contudo, muitas vezes isso não ocorre, gerando não apenas privação de sono, mas também maior sobrecarga sobre a figura materna (JOHANSEN *et al*., 2020).

Em relação à amamentação, observam-se dois cenários: a resistência em amamentar em decorrência do quadro depressivo ou, ao enfrentar dificuldades no aleitamento — seja por inflamações, baixa produção de leite, entre outros fatores —, o início de sentimentos de culpa e incapacidade materna. Em ambos os casos, as dificuldades para amamentar aumentam a culpa e a autocrítica, especialmente pela comparação com outras mães do círculo de convivência e pela pressão externa, muitas vezes reforçada pela cultura. Atualmente, sabe-se que existe uma associação entre a amamentação e a diminuição do risco de depressão pós-parto; contu-

do, essa relação ainda não é totalmente quantificável devido à falta de estudos de grande porte (XIA *et al*., 2022).

A violência doméstica e sexual, tanto por parte do parceiro atual quanto decorrente de histórico de abusos ao longo da vida, aumenta as chances de desenvolvimento de um quadro depressivo perinatal, assim como a ocorrência de gravidez indesejada. Além disso, fatores como insatisfação com a autoimagem e condições de saúde física perinatal debilitada, a exemplo de hipertensão arterial e diabetes gestacional, também contribuem para esse risco (STEWART & VIGOD, 2019).

Diante da quantidade de fatores de risco, também se destacam os fatores protetores. Grupos de mães constituem alternativas relevantes, uma vez que possibilitam apoio entre pessoas que vivenciam situações semelhantes. Da mesma forma, estratégias de suporte, como visitas domiciliares, ligações telefônicas e acompanhamento psicológico, reduzem as chances de quadros depressivos no pós-parto. Ressalta-se, ainda, que o tratamento da depressão antenatal contribui para a diminuição do risco de depressão no período pós-parto (STEWART & VIGOD, 2019).

Diagnóstico e triagem no período pós-parto

A avaliação clínica cuidadosa e a triagem estruturada constituem elementos centrais para a identificação precoce de condições como a DPP, os transtornos de ansiedade e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) relacionado ao parto. A abordagem diagnóstica deve ser abrangente e sistemática, integrando anamnese detalhada, exame físico, investigação de causas orgânicas, diagnóstico diferencial e utilização de instrumentos padronizados, a fim de garantir maior precisão e sensibilidade na detecção dessas condições, frequentemente subdiagnosticadas no contexto do puerpério (HORSCH *et al*., 2024).

A compreensão do estado emocional da mulher e os múltiplos fatores que permeiam sua experiência no pós-parto é fundamental na avaliação clínica inicial. A anamnese deve explorar a presença de sintomas depressivos, como humor persistentemente deprimido, anedonia, irritabilidade, sentimentos excessivos de culpa ou inutilidade, redução de energia, alterações do sono e do apetite, além de dificuldades de concentração, lentificação do pensamento ou pensamentos recorrentes de morte. Para o diagnóstico de DPP, estudos apontam a necessidade da presença de pelo menos quatro desses sintomas por um período mínimo de duas semanas, com impacto funcional significativo. Além disso, deve-se pesquisar antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares, presença de transtornos mentais prévios, uso de substâncias, experiências traumáticas anteriores e fatores psicossociais de risco, como violência doméstica, abuso sexual, vulnerabilidade socioeconômica e ausência de suporte social ou familiar. Aspectos culturais e o estigma associado aos transtornos mentais também devem ser considerados, uma vez que frequentemente dificultam o relato espontâneo de sintomas e atrasam a busca por ajuda especializada (RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

No caso do TEPT relacionado ao parto, a investigação clínica deve abordar a ocorrência de revivência do evento traumático, comportamentos de evitação de lembranças associadas ao parto, alterações negativas persistentes no humor e na cognição, bem como sintomas de hipervigilância e hiperreatividade. São necessários pelo menos um sintoma de revivência, um de evitação, pelo menos dois sintomas de alterações negativas no humor e na cognição e dois de hipervigilância, devendo estarem presentes por pelo menos um mês após o parto para que

se cumpram os critérios diagnósticos, permitindo a distinção entre TEPT e respostas agudas ao estresse. Esses critérios são fundamentados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta Edição (DSM-5), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, que estabelece definições padronizadas para os transtornos mentais com base em conjuntos específicos de sintomas, duração mínima e impacto funcional. Essa escala é amplamente utilizada na prática clínica e na pesquisa científica, pois fornece critérios que aumentam a confiabilidade diagnóstica e facilitam a comunicação entre profissionais de saúde, embora existam diferenças em relação à Classificação Internacional de Doenças (CID) (HORSCH *et al*., 2024).

Além da identificação dos sintomas, a avaliação clínica deve permitir a diferenciação entre DPP unipolar e quadros depressivos associados ao transtorno bipolar. A DPP tende a apresentar maior gravidade clínica, podendo cursar com sintomas psicóticos, oscilações de humor mais abruptas, hipersonia, hiperfagia e episódios depressivos mais breves e recorrentes. O diagnóstico incorreto, especialmente quando a bipolaridade não é reconhecida, pode resultar em condutas terapêuticas inadequadas, maior risco de descompensação clínica, hospitalizações, prejuízos na capacidade materna de autocuidado e cuidado com o bebê e, em situações extremas, aumento do risco de suicídio materno e infanticídio (RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

A aplicação de instrumentos de triagem validados torna-se uma etapa essencial para padronizar e complementar o processo diagnóstico. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) é o instrumento mais amplamente utilizado em nível mundial para o rastreamento da DPP, devido à sua praticidade, validade e boa sensibilidade. Trata-se de um questionário de autorrelato composto por dez itens, que avaliam predominantemente sintomas emocionais e cognitivos, como humor deprimido, ansiedade, culpa, anedonia e ideação suicida, minimizando a influência de sintomas somáticos comuns no puerpério. Cada item é pontuado de zero a três, e a pontuação total varia de zero a trinta, sendo comumente adotado o ponto de corte igual ou superior a dez para indicar risco aumentado de DPP (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; SAHAROY *et al*., 2023).

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ), nas versões PHQ-2 e PHQ-9, também apresenta ampla aplicabilidade no período pós-parto. O PHQ-2 consiste nos dois primeiros itens do PHQ-9 e avalia, de forma rápida, a presença de humor deprimido e perda de interesse ou prazer, funcionando como ferramenta inicial de rastreamento. Assim, o PHQ-9 é composto por nove itens baseados nos critérios diagnósticos do DSM para episódios depressivos maiores, permitindo não apenas a identificação de sintomas depressivos, mas também a estimativa de sua gravidade. Assim como na EPDS, pontuações iguais ou superiores a dez são geralmente utilizadas como indicativas de triagem positiva (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; SAHAROY *et al*., 2023).

A triagem pode ser realizada por meio de modelos de uma ou duas etapas. No modelo de etapa única, aplica-se diretamente um instrumento específico para determinado transtorno. No modelo de duas etapas, utiliza-se inicialmente uma ferramenta de rastreamento mais ampla, como a EPDS ou o PHQ-2, e, diante de um resultado positivo, procede-se à aplicação de instrumentos mais específicos, voltados para a caracterização do transtorno predominante, como escalas para TEPT ou bipolaridade. A literatura debate se o rastreamento deve ser universal ou direcionado a grupos de maior risco, como mulheres com complicações obstétricas, histórico de trauma, transtornos mentais prévios ou vivências de parto traumático. Ainda

assim, há consenso de que a integração da triagem às consultas de rotina do pós-parto é fundamental para favorecer a identificação precoce do sofrimento psicológico e a implementação de intervenções oportunas (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; SAHAROY *et al*., 2023).

Para avaliações mais abrangentes, a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), composta por 35 itens, oferece uma análise detalhada das dimensões emocionais, cognitivas e físicas da DPP. Essa escala permite avaliar não apenas a presença, mas também o tipo e a intensidade dos sintomas, sendo especialmente útil em contextos clínicos mais complexos ou quando há dúvidas diagnósticas. Outra ferramenta utilizada é a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), uma escala heteroaplicada originalmente desenvolvida para avaliar depressão em populações gerais. Embora não seja específica para o período pós-parto, a HAM-D pode ser empregada como instrumento complementar, sobretudo em ambientes clínicos especializados, apesar de apresentar variabilidade significativa em sua confiabilidade entre diferentes estudos. A Escala Diagnóstica do Espectro Bipolar (BSDS) para transtornos bipolares (TB) e outras escalas para diagnóstico de transtornos de humor relacionados também podem ser úteis no período perinatal (SURYAWANSHI & PAJAI, 2022; RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

Em relação ao TEPT relacionado ao parto, diversos instrumentos têm sido utilizados. Mais recentemente, surgiram instrumentos específicos para o contexto perinatal, como o Questionário de TEPT Perinatal, a Escala de Eventos Traumáticos e a Escala de Trauma de Parto Urbano. Essas ferramentas buscam captar particularidades da experiência traumática relacionada ao parto, incluindo sentimentos de ameaça à vida, perda de controle e vivências de medo intenso. Apesar de promissoras, ainda há limitação de evidências quanto à sua acurácia diagnóstica e validação em diferentes contextos culturais. Estudos recentes também apontam para abordagens inovadoras, como a análise de narrativas maternas por meio de modelos de inteligência artificial, capazes de identificar padrões linguísticos associados a sofrimento traumático e risco aumentado de TEPT (HORSCH *et al*., 2024).

A detecção precoce dos transtornos de saúde mental no pós-parto apresenta benefícios amplos, incluindo melhora do prognóstico, redução da gravidade dos sintomas, prevenção de complicações, fortalecimento do vínculo mãe-bebê e proteção do desenvolvimento infantil. Nesse contexto, a realização da triagem ainda no pós-parto imediato mostra-se desejável para identificar mulheres em situação de maior vulnerabilidade e possibilitar intervenções preventivas, sendo o acompanhamento longitudinal indispensável, especialmente na presença de sintomas persistentes ou múltiplos fatores de risco. Além dos aspectos técnicos, a postura do profissional de saúde exerce papel decisivo nesse processo, uma vez que uma comunicação empática, acolhedora e livre de julgamentos favorece a criação de um ambiente seguro para o relato de sintomas, inclusive aqueles mais estigmatizados, como pensamentos intrusivos ou sentimentos de desconexão emocional, facilitando a identificação precoce, a adesão ao tratamento e a obtenção de desfechos maternos e infantis mais favoráveis (HORSCH *et al*., 2024; MODAK *et al*., 2023).

Estratégias de tratamento e cuidado integrado

As estratégias de tratamento e cuidado integrado são fundamentais para promover o bem-estar materno, uma vez que faz a prevenção de complicações e garante um desenvolvimento saudável para o bebê (HOWARD *et al*., 2020; WHO, 2022). É de suma importância a

identificação precoce de sintomas depressivos, ansiosos ou psicóticos, devendo ser realizado de forma sistemática em todas as mulheres no puerpério, utilizando instrumentos validados como a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) ou o PHQ-9, escalas essas, que podem ser realizadas já nas primeiras consultas de revisão após o nascimento do bebê (ACOG, 2021; NICE, 2022). Em situações de rastreio positivo, deve ser avaliado a presença de risco imediato, como ideação e/ou plano suicida, tentativas prévias, sintomas psicóticos ou catatonia (APA, 2020). Nesses casos, o encaminhamento é urgente e obrigatório para (CAPS, psiquiatria, emergência), sempre garantindo a segurança da mãe e de sua prole (WHO, 2022).

Para mulheres que tiveram a estratificação de sintomas como leves ou subclínicos, as intervenções psicossociais são a base do cuidado, incluindo ações de psicoeducação voltadas à saúde mental no período pós-parto, com a finalidade de esclarecer e validar as vivências emocionais da mulher, bem como orientar sobre práticas de autocuidado, organização do sono e estratégias para lidar com o estresse cotidiano por exemplo (HOWARD *et al*., 2020; STEIN *et al*., 2021). É recomendado a utilização de intervenções de ativação comportamental, como o planejamento de metas semanais realistas e a reinserção progressiva das atividades que promovam o prazer e o bem-estar (CUJJERS *et al*., 2021). Abordagens psicoterapêuticas de curta duração como a terapia cognitivo-comportamental (CBT) e a terapia interpessoal (IPT), mostram-se eficazes na redução de sintomas depressivos e ansiosos (NICE, 2022). Existe também, programas estruturados, como por exemplo, "*Thinking Healthy*", criado pela Organização Mundial da Saúde, que pode ser aplicado por profissionais da saúde ou agentes comunitários, inclusive no contexto de visitas domiciliares, favorecendo a ampliação do acesso ao cuidado (WHO, 2020). O fortalecimento do envolvimento familiar e da rede de apoio também é estimulado, tendo em vista que o suporte emocional e prático desempenha papel na recuperação e prevenção de recaídas (HOWARD *et al*., 2020).

Em casos de depressão moderada a grave, assim como recaídas e falhas de intervenções psicossociais e preferências do paciente, é indicada a farmacoterapia (APA, 2020). A primeira linha de tratamento consiste nos Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), sendo a sertralina a mais indicada, pois apresenta o melhor perfil de segurança tanto na gestação quanto na amamentação (ACOG, 2021; UPTODATE, 2024). As alternativas incluem a fluoxetina, citalopram e escitalopram, dos quais devem ser avaliados os riscos e benefícios (NICE, 2022). A paroxetina deve ser evitada, principalmente no primeiro trimestre, devido ao risco aumentado de malformações cardíacas (HUYBRECHTS *et al*., 2019). É de suma importância a orientação da paciente sobre os possíveis efeitos adversos, como sintomas leves de má adaptação neonatais (PNAS) e o risco de hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido (PPHN) (GRIGORIADIS *et al*., 2020). A equipe neonatal também deve ser comunicada sobre o uso de antidepressivos, e o lactente deve ser monitorado quanto a sinais de sedação, irritabilidade ou dificuldades alimentares (UPTODATE, 2024).

A paciente deve ser reavaliada periodicamente com seguimento estruturado e integrado, seguindo preferencialmente a cada 2 a 4 semanas no início do tratamento, utilizando a mesma escala de rastreio para a monitorização e evolução dos sintomas (APA, 2020). O tratamento deve possuir manutenção por pelo menos 6 a 12 meses após a remissão dos sintomas, com a redução gradual da medicação, visando evitar

recaídas, uma vez que, o risco de recaída é elevado no puerpério (NICE, 2022).

Nos cuidados integrados envolvem a articulação entre os diferentes profissionais da área de saúde, centrada na mulher, valorizando o vínculo familiar e social, respeitando suas escolhas e promovendo o empoderamento maternal (WHO, 2022). Estratégias baseadas em evidências, como rastreio sistemático, intervenções psicossociais, farmacoterapia segura, segmento estruturado e articulação multiprofissional, são fundamentais para garantir o bem-estar da mãe e do bebê, prevenindo desfechos negativos e promovendo uma maternidade saudável e humanizada (HOWARD *et al*., 2020; WHO, 2022).

Implicações para a saúde pública e para a prática clínica

A saúde mental no período pós-parto constitui um desafio central para a saúde pública e para a prática clínica contemporânea, em virtude de sua elevada prevalência, complexidade etiológica e repercussões intergeracionais.

Transtornos como depressão pós-parto, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto e, mais raramente, psicose pós-parto afetam uma parcela expressiva das mulheres, com variações conforme o contexto socioeconômico, a qualidade da assistência obstétrica e o suporte social disponível (HOWARD & KHALIFEG, 2020; FAIRBROTHER *et al*., 2021; AYERS *et al*., 2019; HORSCH *et al*., 2024). Do ponto de vista da saúde pública, essas condições representam importante carga de doença, associada ao aumento da morbidade materna, prejuízos no vínculo mãe-bebê, comprometimento do desenvolvimento infantil e maior risco de desfechos adversos a longo prazo para a família e a sociedade (STEWART & VIGOD, 2019; SARAHOV *et al*., 2023; DIMCEA *et al*., 2024).

Além da compreensão dos fatores etiológicos, é fundamental que políticas públicas e práticas clínicas estejam atentas aos sinais e sintomas que indicam sofrimento psíquico no pós-parto. A depressão pós-parto caracteriza-se frequentemente por humor deprimido persistente, anedonia, fadiga intensa, sentimentos de culpa ou inadequação materna, alterações do sono e do apetite, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, indo além do chamado "*baby blues*", que é transitório e autolimitado (VAN NIEL, 2020; STEWART & VIGOD, 2019; SURYAWANSHI & PAJAI, 2022). Sintomas ansiosos, por sua vez, incluem preocupação excessiva com a saúde do bebê, medo intenso de cometer erros, irritabilidade, inquietação, sintomas somáticos e crises de pânico, sendo frequentes no pós-parto e muitas vezes coexistindo com quadros depressivos (FAIRBROTHER *et al*., 2021; MODAK *et al*., 2023).

O transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto deve ser considerado diante de sintomas como revivescência do evento traumático, pesadelos, hipervigilância, evitação de lembranças associadas ao parto, embotamento emocional e dificuldades no vínculo com o recém-nascido, especialmente após experiências de parto percebidas como ameaçadoras ou violentas (AYERS *et al*., 2019; HORSCH *et al*., 2024). Em quadros mais graves, sinais de alerta incluem desorganização do pensamento, delírios, alucinações, confusão mental e alterações comportamentais abruptas, compatíveis com psicose pós-parto, condição rara, porém emergencial, associada a alto risco de autoagressão e infanticídio, exigindo intervenção imediata (APA, 2020; NICE, 2022).

A etiologia desses transtornos é multifatorial, envolvendo alterações hormonais abruptas, vulnerabilidades neurobiológicas, processos inflamatórios, privação de sono, histórico psi-

quiátrico prévio e determinantes psicossociais, como violência obstétrica, isolamento social e insegurança econômica (GUINTINAVO *et al*., 2019; JOHANSEN *et al*., 2020; LEISTIKOV & SMITH, 2024).

Reconhecer precocemente sintomas como insônia persistente, exaustão extrema, retraimento social, dificuldades no cuidado com o bebê e sentimentos intensos de desesperança é essencial para evitar a progressão dos quadros e reduzir danos maternos e infantis (WHO, 2022).

Nesse contexto, a prática clínica deve incorporar o rastreamento sistemático e contínuo da saúde mental durante a gestação e no pós-parto, utilizando instrumentos validados e integrados aos serviços de atenção primária, obstetrícia e pediatria (ACOG, 2021; NICE, 2022). A avaliação clínica deve ser abrangente, contemplando sintomas afetivos, cognitivos, comportamentais e somáticos, bem como o risco de suicídio e de prejuízos no cuidado materno. A identificação precoce possibilita intervenções oportunas, com impacto positivo na evolução clínica e na relação mãe-bebê (WHO, 2022; VAN NIEL, 2020).

O manejo terapêutico deve ser individualizado, combinando intervenções psicossociais, psicoterapia e, quando indicado, tratamento farmacológico, sempre ponderando riscos e benefícios no contexto da amamentação e da exposição neonatal (APA, 2020). Evidências indicam que a não identificação e o não tratamento de sintomas depressivos e ansiosos no pós-parto podem resultar em consequências mais graves do que o uso criterioso de psicofármacos (HUYBRECHTS *et al*., 2019; GRIGORIADIS *et al*., 2020). Estratégias complementares, como promoção do sono, fortalecimento da rede de apoio, suporte à amamentação e orientação nutricional, também são relevantes para prevenção e recuperação (XIA *et al*., 2022; RUPANAGUNTA *et al*., 2023).

Em síntese, a atenção à saúde mental no período pós-parto exige uma resposta integrada entre saúde pública e prática clínica, que inclua não apenas políticas de prevenção e tratamento, mas também a vigilância ativa de sinais e sintomas de sofrimento psíquico. O reconhecimento precoce desses sinais representa uma oportunidade estratégica para reduzir desigualdades, melhorar desfechos maternos e infantis e promover um cuidado mais humano, equitativo e baseado em evidências, com benefícios duradouros para mulheres, crianças e para a sociedade (WHO, 2022; NICE, 2022).

CONCLUSÃO

O puerpério, período que se estende até o primeiro ano após o parto, constitui uma fase de elevada vulnerabilidade, marcada por profundas transformações hormonais e neurobiológicas, que impactam diretamente a saúde mental materna. As evidências reunidas neste estudo demonstram que os transtornos mentais perinatais permanecem como um desafio relevante e multifatorial, com manifestações psíquicas que abrangem um amplo espectro clínico, desde respostas adaptativas e autolimitadas, como o *baby blues*, até transtornos de maior gravidade e impacto funcional, como a DPP, a ansiedade pós-parto e a PPP.

A alta prevalência dessas manifestações, associada ao frequente subdiagnóstico, reforça a importância do tema como prioridade em saúde pública. Os transtornos mentais do pós-parto estão consistentemente associados a prejuízos no vínculo mãe–bebê, menor adesão ao aleitamento materno, desfechos adversos no desenvolvimento cognitivo e socioemocional da criança, além do aumento do risco de morbimortalidade materna, especialmente em quadros graves, como a PPP e a DPP.

Nesse contexto, os serviços psiquiátricos gerais desempenham papel fundamental no atendimento das demandas de saúde mental perinatais. A capacitação dos profissionais para uma abordagem que considere o ciclo de vida e o contexto familiar amplia o alcance do cuidado e favorece intervenções mais eficazes durante a gestação e o pós-parto. Embora a assistência especializada em saúde mental perinatal, especialmente quando construída em conjunto com as pacientes, apresente potencial para reduzir a morbidade psicológica materna e melhorar os desfechos infantis, persistem limitações quanto às estratégias ideais de implementação.

Assim, o fortalecimento de políticas públicas e o investimento em serviços perinatais baseados em evidências configuram caminhos promissores para a redução do sofrimento psíquico e a promoção da saúde das famílias. Por fim, a atenção à saúde mental deve ser parte integrante do cuidado no pós-parto, com foco na identificação precoce e no manejo adequado dos transtornos psiquiátricos. Somente por meio da articulação entre ciência, prática clínica e ações de saúde coletiva será possível transformar o puerpério em um período de cuidado integral, reduzindo riscos, promovendo o bem-estar materno e favorecendo o desenvolvimento saudável das crianças e de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. Washington, DC, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Washington, DC, 2020.

AYERS, S. *et al*. Birth-related PTSD: review and meta-analysis. Psychological Medicine, v. 37, n. 2, p. 362–367, 2019. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.11.006.

BERENS, P. Visão geral do período pós-parto: distúrbios e complicações. Revisão por PRABHU, M.; CHAKRABARTI, A. UpToDate, maio 2025.

CHAUHAN, G.; TADI, P. Fisiologia, alterações pós-parto. Cleveland Clinic; Asram Medical College, 14 nov. 2022.
DIMCEA, D. A-M. *et al*. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Diagnostics (Basel), v. 14, n. 9, p. 865, 2024. DOI: 10.3390/diagnostics14090865.

FAIRBROTHER, N. *et al*. Anxiety in the postpartum period. Journal of Clinical Psychiatry, v. 21, n. 1, p. 465–496, 2021. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081423-020126.

GRIGORIADIS, S. *et al*. Prenatal antidepressant exposure and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *BMJ*, 2020. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m2735.

GUINTIVANO, J. *et al*. Biological models of postpartum depression. Trends in Neurosciences, v. 41, n. 7, p. 465–476, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.04.005.

HORSCH, A. *et al*. Birth-related post-traumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention and treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 230, n. 3, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.09.089.

HOWARD, L. M.; KHALIFEH, H. Perinatal mental health: a review. The Lancet, v. 396, n. 10247, p. 559–571, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30955-0.

HUYBRECHTS, K. F. *et al*. Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. New England Journal of Medicine, v. 370, n. 25, p. 2397–2407, 2014. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1312828.

JOHANSEN, S. L. *et al*. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: a nationwide cohort study. Journal of Clinical Psychiatry, v. 81, n. 1, e19m12929, 2020. DOI: 10.4088/JCP.19m12929.

KABUNGA, A. *et al*. Postpartum depression and associated factors among women before and after the COVID-19 pandemic in Uganda: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open, v. 14, n. 7, e076847, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-076847.

LEISTIKOW, N.; SMITH, M. H. The role of sleep protection in preventing and treating postpartum depression. Seminars in Perinatology, v. 48, n. 6, art. 151947, 2024. DOI: 10.1016/j.semperi.2024.151947.

MODAK, A. *et al*. A comprehensive review of motherhood and mental health: postpartum mood disorders in focus. Cureus, v. 15, n. 9, 2023. DOI: 10.7759/cureus.46209.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

RUPANAGUNTA, G. P. *et al*. Postpartum depression: etiology, pathogenesis and the role of nutrients and dietary supplements in prevention and treatment. Saudi Pharmaceutical Journal, v. 31, n. 7, p. 1274–1293, 2023. DOI: 10.1016/j.jsps.2023.05.008.

SAHAROY, R. *et al*. Postpartum depression and maternal care: exploring complex effects on mothers and infants. Cureus, v. 15, n. 7, 2023. DOI: 10.7759/cureus.41381.

STEWART, D. E.; VIGOD, S. Postpartum depression. New England Journal of Medicine, v. 375, n. 22, p. 2177–2186, 2019. DOI: 10.1056/NEJMcp1607649.

SURYAWANSHI, O.; PAJAI, S. A comprehensive review on postpartum depression. Cureus, v. 14, n. 12, 2022. DOI: 10.7759/cureus.32745.

VAN NIEL, M. S.; PAYNE, J. L. Postpartum depression: a review. Cleveland Clinic Journal of Medicine, v. 87, n. 5, p. 273–277, 2020. DOI: 10.3949/ccjm.87a.19054.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health of women in the postpartum period. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Thinking Healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

XIA, M. *et al*. Association between breastfeeding and postpartum depression: a meta-analysis. Journal of Affective Disorders, v. 308, p. 512–519, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.091.