



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

MEDICINA

**MEDIDAS PRÉ-NATAIS DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Wellington Carlos Cindra Oliveira

Manhuaçu / MG

2025

WELLINGTON CARLOS CINDRA OLIVEIRA

**MEDIDAS PRÉ-NATAIS DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Ms. Karina Gama dos Santos Sales

Manhuaçu / MG

2025

WELLINGTON CARLOS CINDRA OLIVEIRA

**MEDIDAS PRÉ-NATAIS DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso Superior de Medicina do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Ms. Karina Gama dos Santos

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: DD/MM/AAAA

Prof.^a Ms. Karina Gama dos Santos – Unifacig (Orientadora)

Prof.^a Dra. Marcela Tasca Barros – Unifacig

Prof. Dr. Pedro Antonio Laguardia Grossi – Unifacig

RESUMO

Palavras-chave: Prenatal Care; Antenatal Care; Prevention; Depression, Postpartum

INTRODUÇÃO: a depressão pós-parto é uma condição frequente e subdiagnosticada que compromete significativamente a saúde física e mental da mulher e o desenvolvimento do bebê, configurando-se como um relevante problema de saúde pública. O período gestacional, por si só, representa uma fase de vulnerabilidade acentuada, exigindo cuidados integrais que ultrapassem a assistência obstétrica tradicional. No entanto, a literatura ainda apresenta inconsistências quanto às características das intervenções mais eficazes para a prevenção da depressão pós-parto, o que reforça a importância de investigações sobre o tema. **METODOLOGIA:** este estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, as evidências disponíveis sobre a eficácia de estratégias adotadas no período gestacional para a prevenção da depressão pós-parto. A busca foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores “Prenatal Care”, “Antenatal Care”, “Prevention” e “Depression, Postpartum”. Foram incluídos artigos publicados entre 2014 e 2024, nos idiomas português e inglês, com acesso gratuito ao texto completo, que abordassem intervenções preventivas implementadas no período gestacional. A busca inicial resultou em 144 estudos, dos quais 28 atenderam aos critérios e compuseram a análise final. **RESULTADOS:** os resultados revelaram que intervenções psicoterapêuticas psicossociais educacionais, como terapia cognitivo-comportamental, intervenções com foco em apoio familiar e educação da gestante, aconselhamento breve e mindfulness, demonstraram redução significativa nos sintomas depressivos e ansiosos, especialmente quando iniciadas no pré-natal e acompanhadas de suporte no puerpério. Além disso, estratégias dietéticas e programas de atividade física, supervisionados ou autogerenciados, apresentaram efeitos positivos em indicadores hormonais, metabólicos e emocionais, embora os estudos apresentem heterogeneidade metodológica, achado frequente entre os estudos que dificultam a comparação entre as pesquisas e a generalização dos resultados. **CONCLUSÃO:** embora existam diferentes abordagens promissoras, ainda há necessidade de padronização dos métodos, ampliação da amostra dos estudos e maior uniformidade nos instrumentos de avaliação utilizados. A presente revisão contribui ao evidenciar a relevância de estratégias preventivas no pré-natal e sinaliza a necessidade de incorporação sistemática dessas práticas na assistência obstétrica, a fim de promover a saúde mental materna de forma integral e baseada em evidências.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5
2. MATERIAIS E MÉTODOS 6
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 7
 - 3.1 MÉTODOS DE TRIAGEM 7
 - 3.2 INTERVENÇÕES DIETÉTICAS 12
 - 3.3 INTERVENÇÕES BASEADAS EM ATIVIDADE FÍSICA 13

3.4	INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS	16
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
5.	REFERÊNCIAS	20
6.	APÊNDICES	25
6.1	APÊNDICE A	26

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é um problema de saúde pública com impacto significativo na qualidade de vida do binômio materno-fetal. Em âmbito nacional, amostras de base populacional e populações de unidades hospitalares terciárias demonstraram prevalência aproximada de 20%. O único estudo brasileiro que investigou a prevalência de DPP, por meio de entrevista diagnóstica semiestruturada, constatou taxa de 7,2% (Moraes et al., 2017; Febrasgo, 2019).

Evidências apontam que essa prevalência é uma subnotificação do real cenário relacionado à depressão perinatal, isso porque os transtornos mentais, especialmente durante a gravidez, são estigmatizados, tendo em vista que gestantes afetadas sentem culpa, vergonha e medo da medicalização, da perda da guarda dos filhos e do julgamento negativo por parte dos profissionais, o que leva muitas a esconderem ou minimizarem os sintomas durante as consultas (Accortt e Wong, 2017).

Especificamente no âmbito gestacional, a implementação de medidas profiláticas de saúde assume papel de grande relevância, tendo em vista que é um período de maior vulnerabilidade para a saúde da mãe e do feto. A assistência pré-natal, enquanto prática preventiva, busca garantir não apenas o acompanhamento clínico da gestação, mas também promover o equilíbrio emocional, nutricional e social da gestante, aspectos diretamente relacionados ao prognóstico materno-fetal. Entretanto, ainda não existe consenso na literatura sobre quais características tornam uma intervenção mais eficaz para prevenir a depressão pós-parto. Dessa forma, o presente estudo se justifica pela necessidade de melhor compreensão desses aspectos que podem ser abordados ainda no período pré-natal.

O objetivo desta revisão é examinar as evidências científicas disponíveis sobre como medidas pré-natais podem contribuir para a prevenção da depressão pós-parto. Especificamente, a pesquisa busca identificar as intervenções aplicadas durante o período de cuidado pré-natal que estão relacionadas à prevenção dessa condição, analisando os resultados dessas estratégias em diferentes populações. Busca-se, também, elaborar uma ferramenta de triagem pré-natal para estratificação de risco de DPP que poderá ser utilizada por médicos e enfermeiros a fim de melhor contribuir para identificação precoce e possível tratamento. Além disso, pretende-se

explorar as lacunas existentes na literatura sobre práticas preventivas no contexto do cuidado pré-natal, com o intuito de orientar futuras pesquisas e intervenções clínicas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de investigar a eficácia de medidas instituídas durante o cuidado pré-natal e sua contribuição para a prevenção da depressão pós-parto. A metodologia seguiu as diretrizes padrão para revisões sistemáticas, incluindo o uso de descritores específicos de saúde e critérios de inclusão e exclusão. O banco de dados utilizado para esta revisão foi o PubMed.

A busca foi realizada em dezembro de 2024 utilizando os seguintes descritores, previamente selecionados através do site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): "Prenatal Care"; "Antenatal Care"; "Prevention"; "Depression, Postpartum". Operadores booleanos foram usados para combinar as palavras-chave.

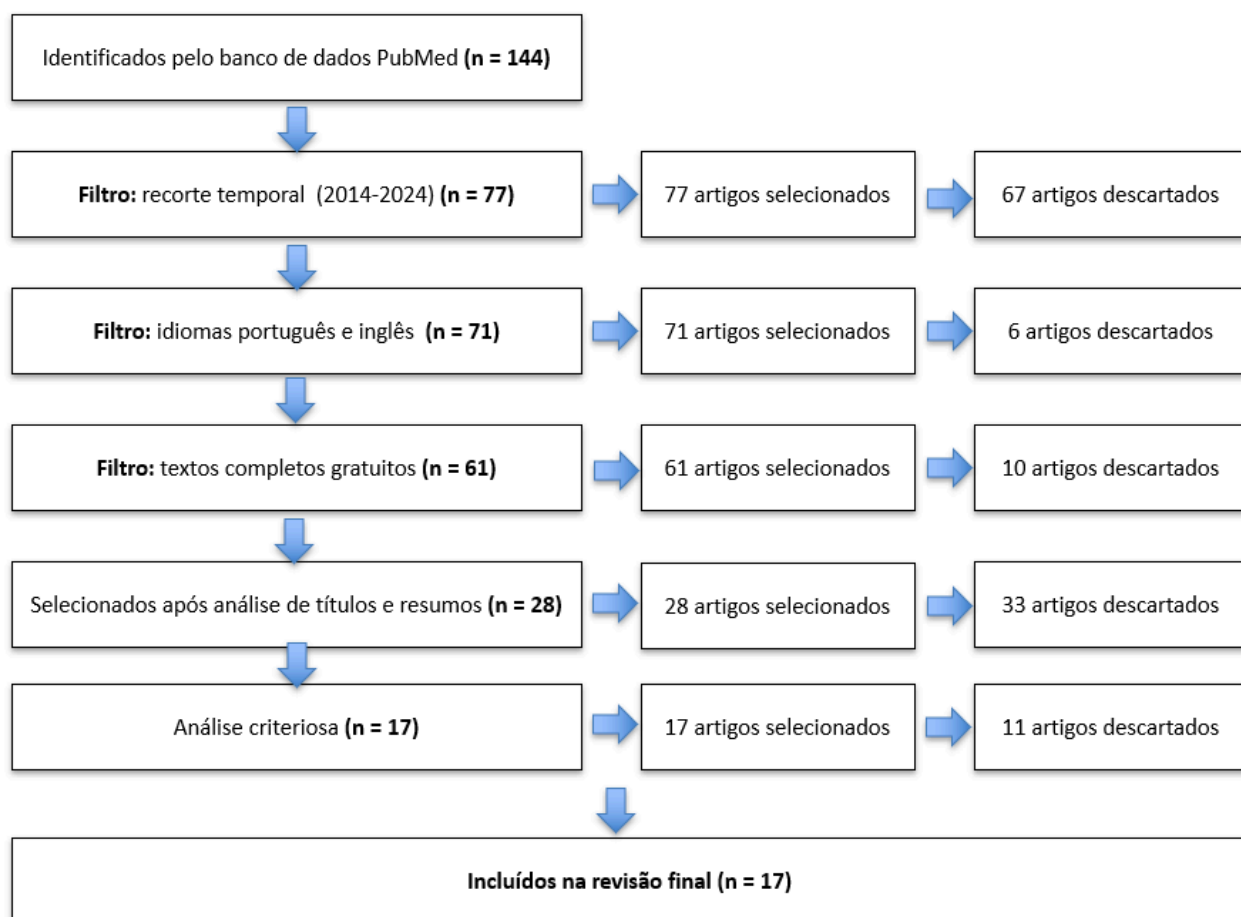
Os critérios de inclusão foram textos publicados nos idiomas inglês e português, entre 2014 e 2024, completos, gratuitos e disponíveis para acesso que abordem intervenções ou estratégias realizadas no período pré-natal com o objetivo de prevenir a depressão pós-parto.

Os critérios de exclusão foram estudos publicados em outros idiomas que não sejam inglês ou português, estudos que não forneçam acesso ao texto completo, editoriais, comentários, relatos de caso ou fontes não revisadas por pares, estudos que não contemplem intervenções no período pré-natal ou cujas intervenções são aplicadas exclusivamente no pós-parto imediato ou puerpério e estudos publicados fora do período delimitado (2014-2024).

Inicialmente, na base de dados PubMed, 144 resultados foram encontrados. Após aplicação de filtros de busca avançada, 61 itens foram dispostos para serem avaliados individualmente quanto à compatibilidade temática. Destes, após análise criteriosa, 17 foram utilizados para compor essa revisão.

A pesquisa é limitada a estudos disponíveis em inglês e português, o que pode excluir estudos relevantes em outros idiomas. Apenas estudos do banco de dados PubMed foram incluídos, o que pode deixar de fora achados relevantes de

outros bancos de dados. O período de revisão (2014–2024) pode não incluir estudos mais antigos e fundamentais sobre medidas preventivas de depressão pós-parto.



Fonte: autor do estudo (2025)

Figura 01 – fluxograma da seleção de artigos para revisão

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Métodos de triagem

A depressão pós-parto (DPP) configura-se como um relevante problema de saúde pública, com prevalência global estimada entre 10% e 20%, podendo alcançar índices significativamente mais elevados em populações vulneráveis. Fatores como histórico de transtornos do humor, condição socioeconômica desfavorável, episódios prévios de DPP, ausência de rede de apoio, abandono parental, gravidez indesejada, abuso sexual e gestação na adolescência estão consistentemente associados ao

aumento do risco para o desenvolvimento do transtorno (Zugaib, 2020; Gould et al., 2022).

Ensaio clínico voltado à prevenção da DPP demonstram que os instrumentos de triagem são eficazes na identificação de mulheres com maior vulnerabilidade à alteração de humor no período pós-natal. Além disso, estudos demonstraram que o processo de identificação por si próprio age como medida protetiva no desenvolvimento de DPP (Zugaib, 2020; Darwin, McGowan e Edozien, 2016; Broberg et al., 2024).

Entretanto, observa-se uma limitada aplicabilidade prática dessas medidas nos serviços de saúde, o que pode ser decorrente da ausência de protocolos padronizados e validados, dificultando tanto a comparação entre estudos quanto a implementação de ações preventivas em ampla escala. Diante do impacto expressivo da DPP sobre a saúde mental materna e o desenvolvimento infantil, torna-se evidente a importância do aprimoramento e a sistematização de estratégias de triagem que permitam a identificação precoce de fatores de risco e a implementação de medidas preventivas eficazes no período pré-natal (Accortt e Wong, 2017; Chorwe-Sungani e Chipps, 2017).

Um estudo de coorte observou que o aumento na realização das triagens para depressão perinatal em gestantes resultou em avanços no encaminhamento e no tratamento das mulheres com resultado positivo. Essas evidências ganham relevância no contexto da atenção obstétrica, especialmente nos Estados Unidos, onde diretrizes de entidades como o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a *American Academy of Pediatrics* (AAP) e a *U.S. Preventive Services Task Force* recomendam a triagem universal da depressão perinatal pelo menos uma vez tanto durante a gestação quanto no pós-parto, com ênfase no uso de ferramentas padronizadas e validadas (Accortt e Wong, 2017; Miller et al., 2019).

No entanto, os autores ressaltam que a simples existência de diretrizes não garante uma prática clínica efetiva, sendo fundamental a criação de uma cultura institucional voltada à segurança materna, conforme reforçado pelo *Council on Patient Safety*, que defende não apenas a triagem sistemática, mas o desenvolvimento de abordagens estruturadas para o manejo da depressão perinatal, superando obstáculos logísticos, culturais e estruturais que ainda persistem no acesso e na continuidade do cuidado (Accortt e Wong, 2017; Miller et al., 2019).

Uma revisão sistemática foi realizada com o intuito de identificar os principais instrumentos de rastreamento empregados na triagem da depressão antenatal em contextos com recursos limitados. A análise contemplou sete ferramentas distintas, entre elas o *Beck Depression Inventory* (BDI), a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D-20), a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), a *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D), o *Hopkins Symptoms Checklist* (HSCL-25), a *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10) e a *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ). A maioria dos estudos revisados utilizou apenas um desses instrumentos, embora alguns tenham aplicado combinações de dois ou até três métodos. Entre todos os instrumentos avaliados, a EPDS foi o mais utilizado, estando presente na maior parte das investigações (Chorwe-Sungani e Chipps, 2017).

Embora tenha sido originalmente desenvolvida para o período pós-natal, a EPDS tem sido amplamente estudada para uso durante a gestação e demonstrou o maior nível de precisão diagnóstica dentre os instrumentos avaliados. Sua sensibilidade variou de valores moderados a elevados, enquanto a especificidade situou-se entre níveis medianos e altos. Além disso, a EPDS é considerada uma ferramenta curta, composta por dez itens, de fácil aplicação e que requer poucos minutos para ser respondida, o que a torna especialmente adequada para contextos com escassez de tempo e de recursos (Chorwe-Sungani e Chipps, 2017; Couto et al., 2015; Gibson et al., 2009; Akena et al., 2012; Tsai et al., 2013).

Um estudo descritivo qualitativo avaliou a experiência de gestantes ao preencher a escala EPDS de maneira online como parte de um modelo para identificar vulnerabilidade psicossocial no início da gestação. Um dos principais achados foi a boa aceitação pelas participantes, que destacaram como vantagens do processo a sensação de alívio e de se sentirem ouvidas. Esse achado entra em consonância com o de revisões anteriores, que indicam que, apesar de a EPDS ser geralmente bem aceita, a administração em ambientes clínicos pode ser percebida como desconfortável e distrativa, sendo preferível que o preenchimento ocorra em casa, onde há mais privacidade e tempo (Darwin, McGowan e Edozien, 2016; Broberg et al., 2024; Brealey et al., 2010; Liu, Pan, e Li, 2019; Hsieh et al., 2021).

Além disso, os relatos das mulheres indicaram que a forma como a saúde mental foi abordada durante a aplicação do instrumento foi mais relevante do que a formulação específica das perguntas, ressaltando a importância de um ambiente

acolhedor para garantir que o processo de triagem seja aceitável e eficaz. Esse contexto de escuta e acolhimento mostrou-se mais determinante do que a escolha do instrumento em si, sendo relevante independentemente da ferramenta utilizada, do profissional envolvido ou do cenário clínico (Darwin, McGowan e Edozien, 2016; Broberg et al., 2024; Brealey et al., 2010; Liu, Pan e Li, 2019; Hsieh et al., 2021).

A literatura também aponta que fatores relacionados à consulta, como tempo limitado e pressões de trabalho, podem afetar negativamente a centralidade na paciente e desestimular a busca por ajuda. Além disso, destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos na triagem, pois a falta de confiança e preparo em lidar com questões de saúde mental perinatal ainda é desafiadora, sendo percebida pelas gestantes como uma limitação dos serviços de maternidade, o que pode representar uma barreira adicional para o acesso ao cuidado adequado (Darwin, McGowan e Edozien, 2016; Broberg, et al., 2024; Brealey et al., 2010; Liu, Pan, e Li, 2019; Hsieh et al., 2021).

O BDI, um inventário autoaplicável composto por vinte e um itens que avaliam sintomas depressivos, também apresentou bons resultados nos estudos em que foi utilizado, demonstrando níveis de sensibilidade e acurácia consistentes com os critérios considerados adequados para triagem clínica. A especificidade, embora um pouco inferior à da EPDS, foi igualmente satisfatória, tornando o instrumento uma alternativa válida, ainda que menos prática pela sua extensão (Chorwe-Sungani e Chipps, 2017; Broberg et al., 1961).

O K-10 – um questionário autoaplicável de 10 itens – por sua vez, apresentou desempenho variável a depender do contexto geográfico e populacional, sendo extremamente eficaz em alguns estudos, mas consideravelmente menos preciso em outros. Essa oscilação sugere limitações na consistência de seus resultados e na capacidade discriminativa em diferentes populações, o que pode comprometer sua aplicabilidade ampla em contextos de baixos recursos (Chorwe-Sungani e Chipps, 2017).

Outros instrumentos, como o CES-D, o HSCL-25, o SRQ e o HAM-D, apresentaram níveis intermediários de acurácia, porém com uso menos frequente nos estudos revisados, o que limita a robustez das conclusões quanto à sua eficácia. É importante ressaltar, ainda, que nenhum dos instrumentos analisados foi originalmente concebido para triagem de depressão durante a gestação em

contextos de escassez de recursos, o que pode ter contribuído para a variação de desempenho observada entre os estudos (Chorwe-Sungani e Chipps, 2017).

A revisão identificou diferenças metodológicas significativas entre os estudos incluídos, decorrente de variações nas características amostrais, como idade das gestantes, condição sorológica, idade gestacional e instrumento adotado. Essa heterogeneidade dificultou a comparação direta dos achados, embora subgrupos mais homogêneos — especialmente aqueles que utilizaram exclusivamente a EPDS — tenham revelado resultados mais consistentes (Chorwe-Sungani e Chipps, 2017).

Evidências apontam também que fatores contextuais, como a idade gestacional e o ambiente cultural, podem influenciar significativamente a validade dos instrumentos de triagem, como demonstrado pelas variações nos índices de sensibilidade observados em adolescentes e em mulheres no terceiro trimestre de gestação. Outros estudos apontam que muitas mulheres relatam dificuldade em diferenciar sintomas emocionais considerados normais durante a maternidade daqueles que indicam um transtorno mental, o que dificulta a procura por ajuda especializada, o que contribuiria para um cenário de subnotificação (Accortt e Wong, 2017; Dinnes et al., 2005; Rochat et al., 2013; Fernandes et al., 2011; Couto et al., 2015).

Somado a essa questão, o medo do estigma social, da medicalização, da perda da guarda dos filhos e do julgamento negativo por parte dos profissionais leva muitas a esconderem ou minimizarem os sintomas durante as consultas. Existem, ainda, barreiras institucionais, que incluem a percepção de despreparo dos profissionais, interações clínicas breves e insatisfatórias, ausência de acolhimento e escuta ativa, além de experiências anteriores negativas que geram desconfiança e evitamento dos serviços de saúde (Accortt e Wong, 2017).

Portanto, os achados indicam que a EPDS se sobressai como o instrumento mais adequado para a triagem da depressão perinatal em ambientes com restrições de recursos, tanto por sua elevada precisão diagnóstica quanto por sua brevidade, baixo custo, facilidade de aplicação e boa aceitação por parte do espaço amostral. Estudos que utilizaram essa escala em gestantes evidenciaram, ainda, que sua aplicação online foi bem aceita pelas gestantes, fornecendo sentimentos de alívio e de se sentirem ouvidas, sugerindo que essa opção pode resultar em maior efetividade (Brealey et al., 2010; Darwin, McGowan e Edozien, 2016; Broberg et al., 2024).

Embora o BDI e o K-10 também tenham apresentado desempenhos satisfatórios em alguns contextos, a EPDS demonstrou o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, sendo, portanto, a ferramenta de escolha mais recomendada para incorporação na rotina de atendimentos pré-natais em cenários de vulnerabilidade estrutural (Goldstuck, 2014; Lahariya, 2013; Welch et al., 2013).

3.2 Intervenções dietéticas

Alguns estudos recentes e revisões anteriores destacam a importância dos ácidos graxos poli-insaturados ômega-3 (n-3 LCPUFAs), especialmente o ácido docosa-hexaenoico (DHA) e o ácido eicosapentaenoico (EPA), para a saúde mental durante a gestação e o puerpério. Esses compostos são essenciais para a função cerebral e a regulação de neurotransmissores da classe das monoaminas, como dopamina e serotonina, sendo que sua deficiência tem sido associada ao aumento do risco de sintomas depressivos (Gould et al., 2022; Baskin et al., 2015).

No entanto, apesar de estudos observacionais indicarem uma relação inversa entre níveis de ômega-3 e sintomas depressivos, os resultados de ensaios clínicos randomizados permanecem inconsistentes. Metanálises sobre a suplementação de ômega-3 em quadros depressivos demonstram efeitos variáveis, sugerindo benefícios principalmente em indivíduos com depressão já estabelecida, e não necessariamente em gestantes sob risco de desenvolver depressão pós-parto (Marangell et al., 2003; Su et al., 2003; Gould et al., 2022; Baskin et al., 2015).

Ensaios em larga escala, como o *DHA to Optimize Mother Infant Outcome* (DOMInO), também não demonstraram redução significativa nos sintomas depressivos com a suplementação de DHA, e essa inconsistência pode estar relacionada a diferenças metodológicas entre os estudos, como dose e duração da intervenção (Gould et al., 2022; Baskin et al., 2015).

A vitamina D também tem sido investigada como possível fator de proteção contra a DPP. Baixos níveis dessa vitamina durante a gestação foram associados ao aumento de sintomas depressivos no pós-parto, possivelmente em função de seu papel na modulação inflamatória e na síntese de serotonina. No entanto, as evidências de ensaios clínicos ainda são limitadas e a ausência de estudos que considerem a DPP como desfecho principal impede o estabelecimento de relações causais definitivas (De-Regil et al., 2016; Gould et al., 2022; Baskin et al., 2015).

Além disso, a deficiência de ferro, alteração comum durante a gestação, tem sido associada a transtornos do humor. O ferro é necessário para o transporte de oxigênio e para a síntese de neurotransmissores, e sua deficiência aumenta a vulnerabilidade a sintomas como fadiga e depressão. Apesar disso, ainda há escassez de ensaios clínicos controlados que avaliem especificamente os efeitos da suplementação de ferro na prevenção da DPP (Gould et al., 2022).

Estudos de revisão e de coorte prospectivos sugerem que em vez de focar apenas em nutrientes isolados, os padrões alimentares como um todo podem ter um papel mais significativo na saúde mental materna. Dietas ricas em alimentos ultraprocessados, açúcares refinados e gorduras saturadas têm sido associadas a um aumento em quadros clínicos depressivos, enquanto padrões alimentares ricos em frutas, vegetais, proteínas magras e gorduras saudáveis parecem ter efeitos protetores (Fowles et al. 2011; Loprinzi e Mahoney, 2014; Gould et al., 2022).

A ligação entre a qualidade da alimentação e os desfechos de saúde mental é evidente, apontando que indivíduos com depressão frequentemente apresentam ingestão inadequada de nutrientes. No entanto, destaca-se que ainda não está claro se a alimentação inadequada é uma causa ou uma consequência dos sintomas depressivos. Além disso, os estudos reconhecem as limitações das pesquisas observacionais, incluindo fatores de confusão como status socioeconômico, comportamentos advindos de estilo de vida e predisposição genética (Baskin et al., 2015; Gould et al., 2022).

Alguns autores identificam desafios-chave na pesquisa nutricional voltada para a prevenção da DPP. Dentre eles, destacam-se (1) a variabilidade nos desenhos dos estudos; (2) possível causalidade reversa; e (3) falta de padronização nas medidas de desfecho, já que muitos ensaios não utilizam critérios diagnósticos específicos para a DPP, limitando sua aplicabilidade para essa população (Gould et al., 2022; Baskin et al., 2015).

Embora as intervenções dietéticas apresentem um potencial promissor na prevenção da DPP, as evidências atuais sugerem que uma abordagem alimentar holística pode ser mais eficaz do que a suplementação de nutrientes isolados. Garantir uma ingestão adequada de ácidos graxos ômega-3, vitamina D e ferro pode contribuir para a saúde mental materna, mas a suplementação isolada desses nutrientes não parece ser suficiente para prevenir a DPP (Gould et al., 2022; Baskin et al., 2015).

3.3 Intervenções baseadas em atividade física

Um estudo recente analisou os efeitos de exercícios online interativos em mulheres entre 22 e 26 semanas de gestação com índice de massa corporal (IMC) de 25kg/m² durante o período pré-natal e no pós-parto e identificou que essa modalidade reduz significativamente os níveis de cortisol, insulina, leptina e triglicerídeos, fatores frequentemente associados ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Também foi identificada uma relação positiva entre exercícios e valores de EPDS medidos semanalmente (Hwang et al., 2024).

Além disso, as participantes desse programa apresentaram redução IMC, do colesterol total e melhora da força muscular, indicando um efeito positivo não apenas na recuperação física, mas também na saúde mental. A presença de um instrutor e a interação social promovida pelo ambiente online supervisionado parecem amplificar os benefícios psicológicos, o que destaca a importância do suporte emocional durante esse período (Hwang et al., 2024).

Esses achados são consistentes com estudos que demonstram que a prática de atividade física online se apresenta como uma boa alternativa para a manutenção de condições de saúde em gestantes e puérperas, especialmente quando conduzidos sob supervisão de um instrutor (Hwang et al., 2024; Ribeiro, Andrade e Nunes, 2022; Chen et al., 2021).

Em contrapartida, um ensaio controle randomizado analisou um programa de exercícios de baixa intensidade focado em alongamento e respiração para gestantes entre 26 e 32 semanas de gestação e puérperas, também realizado em âmbito domiciliar, mas sem a presença de um instrutor durante as sessões. Os resultados não mostraram diferenças significativas na prevenção da depressão pós-parto, sendo apontadas como possíveis contribuintes para esse desfecho a baixa adesão ao programa e a intensidade reduzida dos exercícios. Esses fatores indicam que apenas a presença de atividade física, sem um planejamento adequado de intensidade e engajamento, pode não ser suficiente para gerar impactos positivos significativos na saúde mental das mães (Mohammadi et al., 2015).

Outro estudo controle randomizado conduzido com gestantes entre 17 e 22 semanas de gestação que apresentavam histórico de depressão e/ou ansiedade tratados anteriormente observou que o treinamento de resistência esteve associado

à redução dos sintomas depressivos no pós-parto. Gestantes que participaram de um programa estruturado apresentaram menores níveis de estresse e fadiga em comparação com aquelas que não realizaram exercícios, sendo que a melhoria da composição corporal e o fortalecimento muscular podem estar associados à regulação hormonal, contribuindo para um melhor equilíbrio emocional nesse período (Broberg et al., 2019).

Uma pesquisa avaliou o impacto do treinamento físico supervisionado em gestantes com IMC $\geq 28\text{kg/m}^2$ iniciado entre 12 e 18 semanas e mantido até o parto, identificando que a prática regular de exercícios estava associada a maior autocontrole e menos sintomas depressivos em comparação ao grupo que não recebeu intervenção. No entanto, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos no bem-estar no final da gestação e no pós-parto, bem como sintomas de depressão pós-natal. Ressalta-se ainda que apenas metade das mulheres do grupo-intervenção aderiram corretamente ao protocolo de exercícios (Garnæs et al., 2019).

Um estudo longitudinal analisou a relação entre diferentes modalidades de exercício e a resposta ao estresse durante a gravidez, iniciando entre 19 e 27 semanas de gestação e prosseguindo até seis meses pós-parto. Os principais achados incluem uma associação entre a redução dos principais exercícios praticados ao longo da gestação e o aumento do risco de pontuações adversas quanto à saúde mental, enquanto níveis estáveis de atividade física durante a gravidez estiveram associados à redução da probabilidade de sintomas depressivos ou ansiosos (Haßdenteufel et al., 2020).

Esses resultados estão em consonância com investigações anteriores que também apontaram uma relação bidirecional entre atividade física e saúde mental, assim como redução do risco de sintomas depressivos no puerpério em mulheres que atendiam às recomendações de atividade física da Organização Mundial da Saúde (Haßdenteufel et al., 2020; Watson et al., 2019; Shakeel et al., 2015).

A comparação entre esses estudos sugere que programas de exercício estruturados podem ter impacto significativo na saúde mental materna no curso da gravidez e no pós-parto, principalmente quando englobam características como intensidade moderada a alta, supervisão profissional e interação social — aspectos de maior destaque no desfecho dos estudos analisados (Hwang et al., 2024; Ribeiro, Andrade e Nunes, 2022; Chen et al., 2021; Broberg et al., 2019).

Contudo, é importante salientar que a comparação direta entre os estudos é dificultada pela ausência de parâmetros padronizados, como o tipo exato de exercício, sua duração, intensidade, frequência, medidas utilizadas para avaliar os sintomas depressivos e características específicas dos grupos de intervenção, como IMC materno, idade gestacional no início da intervenção, etnia e aspectos biológicos e socioeconômicos. Essa falta de uniformidade metodológica evidencia a necessidade de mais estudos controlados e comparáveis no que tange à depressão pós-parto, que adotem critérios claros e homogêneos para possibilitar análises mais precisas e comparativas (Hwang et al., 2024; Ribeiro, Andrade e Nunes, 2022; Chen et al., 2021; Broberg et al., 2019).

3.3. Intervenções psicológicas

Um ensaio clínico randomizado com mulheres entre 30 e 35 semanas de gestação utilizou um programa educativo e de aconselhamento baseado no modelo PRECEDE-PROCEED e observou uma redução significativa na prevalência da depressão pós-parto entre os grupos participantes. Os autores identificaram uma melhora significativa nos níveis de conhecimento e atitude das gestantes após a intervenção, sugerindo que o aumento da compreensão sobre o período pós-parto e o preparo psicológico podem capacitar as mulheres a lidarem melhor com as mudanças emocionais da maternidade (Beydokhti et al., 2021).

Esses resultados são consistentes com os achados de outro estudo que constatou a eficácia de uma intervenção educacional em reduzir o estresse pós-parto, o que levou a melhora na qualidade de vida. Um dos pontos centrais dessa pesquisa é a importância dos fatores de reforço e capacitação, como o apoio do parceiro e o acesso à informação, que se mostraram fundamentais na eficácia do programa por reforçarem o autocuidado e a compreensão paterna das circunstâncias da mãe no período pós-parto (Beydokhti et al., 2021; Akbarzadeh et al., 2012; Ngai et al., 2020).

Embora o ensaio clínico não tenha evidenciado um impacto significativo na saúde geral das participantes, os resultados confirmam que a intervenção foi eficaz na redução da prevalência da depressão pós-parto. Essa diferença significativa corrobora com outros estudos que apontam o apoio social, especialmente o apoio

paterno, como preditor importante na prevenção da depressão pós-parto (Beydokhti et al., 2021; Feth, 2017).

Um estudo quase-experimental investigou a eficiência de hipnose em aliviar sintomas psicológicos pós-parto e observou que, durante a gestação, as participantes do grupo experimental vivenciaram menos sintomas psicológicos, como estresse, ansiedade e depressão, após a intervenção hipnótica realizada na 36ª semana de gestação, em comparação com o grupo controle (Beevi et al., 2016).

Isso corrobora a ideia de que intervenções psicológicas durante a gravidez podem ter um impacto positivo na saúde mental das gestantes e, conseqüentemente, influenciar a recuperação emocional no pós-parto (Beevi et al., 2016; Goutadier, Séjourné, Rousset, Lami e Chabrol, 2012; Vieten e Astin, 2008).

A aplicação da hipnose focou na recuperação mais rápida e relaxada das mulheres durante o período pós-parto, o que pode ter contribuído para os resultados observados. Especificamente quanto à depressão pós-parto, os achados do estudo mostraram uma diferença significativa entre os grupos experimental e controle, com o grupo controle apresentando maiores níveis de depressão pós-parto, sugerindo que a hipnose realizada durante a gestação pode ter auxiliado a prevenir o desenvolvimento de depressão no período pós-parto (Beevi et al., 2016).

Esses resultados são consistentes com outros estudos que ressaltam a importância da intervenção precoce e do suporte psicológico para prevenir a depressão pós-parto e minimizar a necessidade de tratamentos farmacológicos, que podem ter efeitos adversos, especialmente para mulheres que amamentam (Beevi et al., 2016).

Um ensaio clínico randomizado com gestantes em idade gestacional entre 6 e 30 semanas avaliou a viabilidade e a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental de duração de seis semanas voltada para mulheres grávidas de baixa renda, residentes em áreas rurais e pertencentes a minorias raciais, com risco de depressão perinatal (Jesse et al., 2015).

Os resultados demonstraram uma melhora significativa nos sintomas depressivos avaliados do início ao decorrer e ao final da intervenção entre mulheres participantes com risco leve a moderado em comparação ao grupo controle que recebeu o tratamento habitual. Particularmente, também houve um impacto positivo entre mulheres afro-americanas com alto risco para depressão, que apresentaram reduções significativas nos escores da EPDS do início até o pós-intervenção e o

acompanhamento após um mês, evidenciando os efeitos benéficos ao longo do tempo (Jesse et al., 2015).

As participantes relataram elevada satisfação com a intervenção, destacando como ferramentas mais úteis as técnicas de manejo do estresse, os momentos de compartilhamento com outras mulheres, as discussões em grupo, a educação sobre depressão, as atividades do caderno de trabalho, o uso de afirmações positivas e o uso de um MP3 com tarefas para casa e músicas. Essas estratégias foram mantidas mesmo após o término da intervenção, indicando não apenas aceitação, mas também incorporação prática no cotidiano (Jesse et al., 2015).

Apesar dos resultados promissores, ainda há pouca evidência do sucesso de intervenções cognitivo comportamentais integradas ao acolhimento pré-natal como medida de redução de sintomas de depressão pós-parto e a maioria dos estudos focam em populações urbanas (Zayas, McKee e Jankowski, 2004; Muñoz et al., 2007; Lara, Navarro e Navarrete, 2009; Austin et al., 2009).

Um ensaio clínico randomizado utilizou terapia cognitivo comportamental em gestantes em risco para depressão pós-parto, mas não houve redução significativa nos sintomas. Apesar da viabilidade da intervenção em contextos comunitários e da adesão inicial, o estudo também enfrentou desafios com relação à taxa de evasão. O grupo intervenção apresentou uma alta taxa de abandono, atribuída pelos autores principalmente a conflitos com trabalho e estudo, dificuldades de contato e perda gestacional, mesmo com oferta de transporte e cuidados infantis (Zayas, McKee e Jankowski, 2004; Jesse et al., 2015).

Um estudo controle randomizado foi conduzido para investigar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental voltada para casais chineses de primeira viagem na prevenção da depressão pós-parto. Os resultados indicaram que a intervenção foi eficaz na redução dos sintomas depressivos em mães, especialmente nas seis semanas pós-parto, quando comparadas às mulheres que receberam a intervenção individual ou o cuidado padrão. A participação paterna parece ter exercido um efeito protetor indireto, oferecendo suporte emocional e fortalecendo o enfrentamento conjunto das demandas da parentalidade (Ngai et al., 2020).

Embora os efeitos tenham sido modestos, eles são consistentes com evidências anteriores sobre intervenções com foco no casal, que também mostram

benefícios na saúde mental materna (Ngai et al., 2015; Morrell et al., 2005; Ramezani et al., 2017).

Um ensaio clínico randomizado com gestantes de idade gestacional entre 30 e 35 semanas investigou os efeitos do aconselhamento cognitivo-comportamental e do aconselhamento focado em soluções na prevenção da depressão pós-parto (DPP) e do blues puerperal (Ramezani et al., 2017).

Os resultados mostraram que ambos os grupos de intervenção apresentaram redução significativa nos escores de DPP e blues puerperal em comparação ao grupo controle, especialmente nos dias 4–5 e 15 após o parto, indicando a efetividade de ambas as abordagens como intervenções preventivas (Ramezani et al., 2017).

As mulheres que participaram das sessões foram orientadas a identificar crenças disfuncionais comuns no período perinatal, como medo do parto ou incapacidade de cuidar do bebê, além de aprenderem técnicas comportamentais como relaxamento e contato pele a pele. O aconselhamento focado em soluções ajudou as participantes a reconhecerem e mobilizar recursos pessoais, buscando soluções práticas em vez de se concentrarem nos problemas (Ramezani et al., 2017).

Embora ambas as intervenções tenham sido eficazes, não houve diferença significativa entre os dois grupos de intervenção em relação aos desfechos, sugerindo que ambas as abordagens podem ser igualmente úteis na prevenção de transtornos de humor no pós-parto imediato (Ramezani et al., 2017).

Esses achados estão em consonância com estudos anteriores que evidenciam os benefícios de intervenções breves e psicossociais no período perinatal. Porém, o estudo apresenta limitações, como o curto período de acompanhamento e a dependência de medidas autorrelatadas. Outro limitador importante é o espaço amostral homogêneo, tendo em vista que participaram do ensaio mulheres iranianas, atendidas por uma única profissional, o que pode limitar a generalização dos resultados (Ramezani et al., 2017; Dashtizadeh et al., 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as intervenções analisadas, destacaram-se as de âmbito psicológico e psicossocial, com ênfase para a terapia cognitivo-comportamental individual ou em

grupo, os programas de aconselhamentos centrados em soluções e as intervenções educacionais, que demonstraram eficácia e boa receptividade, reduzindo sintomas depressivos durante o curso gestacional e ampliando a rede de apoio materno, sendo o fortalecimento do vínculo conjugal e a aproximação paterna do cuidado pré-natal de suma importância. No entanto, apesar dos resultados promissores, observa-se uma escassez de literatura sistematizada e padronizada sobre o tema. A ausência de metodologias comparáveis, os espaços amostrais heterogêneos, o predomínio de amostras pequenas e a limitação de medidas de acompanhamento a longo prazo representam entraves importantes à consolidação de protocolos clínicos de prevenção. Tais lacunas dificultam a replicabilidade dos achados e a formulação de diretrizes universais. A falta de consenso sobre instrumentos de triagem consistentes para a identificação precoce de gestantes em risco, bem como a baixa adesão a cuidados preventivos como acompanhamento psicológico, alimentação adequada e vinculação ao pré-natal, agravam a vulnerabilidade desse grupo. Essa realidade reforça a necessidade de implementação de ferramentas de triagem específicas, baseadas em marcadores de risco psicossocial, histórico psiquiátrico e condições obstétricas, conforme sugerido nesta revisão. Dessa forma, a integração de intervenções preventivas ao cuidado pré-natal é uma estratégia promissora, mas que requer fortalecimento da base científica por meio de estudos com delineamentos metodológicos robustos, avaliações de efetividade em contextos diversos e padronização das abordagens.

REFERÊNCIAS

ACCORTT, Eynav Elgavish; WONG, Melissa S. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 72, n. 9, p. 553-568, 2017.

AKBARZADEH, Marzieh et al. Effect of relaxation training to pregnant mothers on quality of life and postpartum blues. **Knowledge & Health**, v. 7, n. 2, p. 83-8, 2012.

BASKIN, Rachel et al. Antenatal dietary patterns and depressive symptoms during pregnancy and early post-partum. **Maternal & child nutrition**, v. 13, n. 1, p. e12218, 2017.

BEEVI, Zuhrah; LOW, Wah Yun; HASSAN, Jamiyah. The effectiveness of hypnosis intervention in alleviating postpartum psychological symptoms. **American Journal of Clinical Hypnosis**, v. 61, n. 4, p. 409-425, 2019.

BEYDOKHTI, Tahereh Baloochi et al. Effect of educational-counseling program based on precede-proceed model during Pregnancy on postpartum depression. **Nursing Open**, v. 8, n. 4, p. 1578-1586, 2021.

BROBERG, Lotte et al. Combining the Antenatal Risk Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Early Pregnancy in Danish Antenatal Care—A Qualitative Descriptive Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 4, p. 454, 2024.

BROBERG, Lotte et al. Effect of supervised exercise in groups on psychological well-being among pregnant women at risk of depression (the EWE Study): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 18, p. 1-10, 2017.

CHEN, Yanting et al. Effects of maternal exercise during pregnancy on perinatal growth and childhood obesity outcomes: a meta-analysis and meta-regression. **Sports Medicine**, v. 51, n. 11, p. 2329-2347, 2021.

CHORWE-SUNGANI, Genesis; CHIPPS, Jennifer. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. **BMC psychiatry**, v. 17, p. 1-10, 2017.

DARWIN, Zoe; MCGOWAN, Linda; EDOZIEN, Leroy C. Identification of women at risk of depression in pregnancy: using women's accounts to understand the poor specificity of the Whooley and Arroll case finding questions in clinical practice. **Archives of women's mental health**, v. 19, p. 41-49, 2016.

DASHTIZADEH, Nasrin et al. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women. **Journal of clinical Nursing and Midwifery**, v. 4, n. 3, p. 67-78, 2015.

DE-REGIL, Luz Maria et al. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 1, 2016.

E COUTO, Tiago Castro et al. What is the best tool for screening antenatal depression?. **Journal of affective disorders**, v. 178, p. 12-17, 2015.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Org.). **Tratado de obstetrícia da Febrasgo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

FERNANDES, Michelle Caroline et al. Assessing prenatal depression in the rural developing world: a comparison of two screening measures. **Archives of women's mental health**, v. 14, p. 209-216, 2011.

FETH, Leslie. **PostPartum Depression Educational Intervention**. 2017. Tese de Doutorado. University of Nevada, Las Vegas.

FOWLES, Eileen R. et al. Predictors of dietary quality in low-income pregnant women: a path analysis. **Nursing research**, v. 60, n. 5, p. 286-294, 2011.

GARNÆS, Kirsti Krohn et al. Effects of supervised exercise training during pregnancy on psychological well-being among overweight and obese women: secondary analyses of the ETIP-trial, a randomised controlled trial. **BMJ open**, v. 9, n. 11, p. e028252, 2019.

GIBSON, J. et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 119, n. 5, p. 350-364, 2009.

GOULD, Jacqueline F.; BEST, Karen; MAKRIDES, Maria. Perinatal nutrition interventions and post-partum depressive symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 224, p. 2-9, 2017.

HAßDENTEUFEL, Kathrin et al. Reduction in physical activity significantly increases depression and anxiety in the perinatal period: a longitudinal study based on a self-report digital assessment tool. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 302, p. 53-64, 2020.

HSIEH, Wan-Jung et al. Patients' Perceptions Of Perinatal Depression Screening: A Qualitative Study: Study examines perinatal depression screening. **Health Affairs**, v. 40, n. 10, p. 1612-1617, 2021.

HWANG, Dong-Joo; CHO, Joon-Yong; HYUN, Ah-Hyun. Contactless exercise intervention in prenatal and postnatal period during COVID-19 lowers the risk of postpartum depression. **Scientific Reports**, v. 14, 2024.

JESSE, D. Elizabeth et al. Performance of a culturally tailored cognitive-behavioral intervention integrated in a public health setting to reduce risk of antepartum depression: A randomized controlled trial. **Journal of midwifery & women's health**, v. 60, n. 5, p. 578-592, 2015.

LIU, Xuan; PAN, Mingtian; LI, Jia. Does Sharing Your Emotion Make You Feel Better? An Empirical Investigation on the Association Between Sharing Emotions on a Virtual Mood Wall and the Relief of Patients' Negative Emotions. **Telemedicine and e-Health**, v. 25, n. 10, p. 987-995, 2019.

LOPRINZI, Paul D.; MAHONEY, Sara. Concurrent occurrence of multiple positive lifestyle behaviors and depression among adults in the United States. **Journal of affective disorders**, v. 165, p. 126-130, 2014.

MARANGELL, Lauren B. et al. A double-blind, placebo-controlled study of the omega-3 fatty acid docosahexaenoic acid in the treatment of major depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 5, p. 996-998, 2003.

MILLER, Emily S. et al. Screening and treatment after implementation of a universal perinatal depression screening program. **Obstetrics & Gynecology**, v. 134, n. 2, p. 303-309, 2019.

MOHAMMADI, Fatemeh et al. The effect of a home-based exercise intervention on postnatal depression and fatigue: A randomized controlled trial. **International journal of nursing practice**, v. 21, n. 5, p. 478-485, 2015.

MORRELL, C. Jane et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. **Health Technology Assessment**, v. 13, n. 30, p. 1-176, 2009.

NGAI, F.-W. et al. Effect of couple-based cognitive behavioural intervention on prevention of postnatal depression: Multisite randomised controlled trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 127, n. 4, p. 500-507, 2020.

NGAI, Fei-Wan et al. The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: a randomized controlled trial. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 84, n. 5, p. 294-303, 2015.

RAMEZANI, Somayeh et al. The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. **Journal of reproductive and infant psychology**, v. 35, n. 2, p. 172-182, 2017.

RIBEIRO, Maria Margarida; ANDRADE, Ana; NUNES, Inês. Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription. **Journal of perinatal medicine**, v. 50, n. 1, p. 4-17, 2022.

ROCHAT, Tamsen J. et al. Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). **Archives of women's mental health**, v. 16, p. 401-410, 2013.

SU, Kuan-Pin et al. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder: a preliminary double-blind, placebo-controlled trial. **European Neuropsychopharmacology**, v. 13, n. 4, p. 267-271, 2003.

ZUGAIB, Marcelo e FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib Obstetrícia**. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ferramenta de Triagem Pré-Natal para Risco de Depressão Pós-Parto

Instruções: esta triagem deve ser aplicada entre a 20ª e a 36ª semana de gestação e novamente no puerpério, até a 6ª semana. Marque as respostas da gestante e contabilize a pontuação ao final.

1. Histórico pessoal e familiar (2 pontos cada)

- Já foi diagnosticada com depressão ou ansiedade?
- Já teve depressão pós-parto anteriormente?
- Há histórico familiar de transtornos mentais (depressão, bipolaridade, ansiedade)?

2. Sintomas psicológicos atuais (2 pontos cada)

- Tem se sentido frequentemente triste, desanimada ou sem energia nas últimas semanas?
- Tem apresentado crises de choro, angústia ou medo sem motivo aparente?
- Sente que está sobrecarregada ou sem apoio emocional?

3. Fatores psicossociais (1 ponto cada)

- Vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica (baixa renda, desemprego, insegurança alimentar)?
- Relata conflito com o parceiro ou ausência de apoio conjugal?
- Sente-se isolada ou sem rede de apoio social (família, amigos)?
- Está enfrentando situações de violência doméstica ou abuso?

4. Autocuidado e adesão à gestação (1 ponto cada)

- Faltou a mais de uma consulta pré-natal sem justificativa?
- Relata dificuldade para manter uma alimentação saudável?
- Não pratica nenhuma atividade física durante a gestação?
- Apresenta dificuldade em seguir orientações médicas?

5. Expectativas e percepções sobre a maternidade (1 ponto cada)

- Relata medo excessivo do parto ou de não conseguir cuidar do bebê?
- Expressa sentimentos negativos ou ambivalentes em relação à gravidez?

Pontuação e Classificação de Risco

Pontuação e Classificação de Risco

Pontuação	Estratificação de risco	Conduta
0-3 pontos	Risco baixo	Manter acompanhamento de rotina
4-7 pontos	Risco moderado	Oferecer orientação, escuta qualificada e monitorar sinais de agravamento
8 pontos ou mais	Risco alto	Encaminhar para avaliação psicológica ou psiquiátrica conforme julgamento clínico; considerar intervenção preventiva (ex: aconselhamento, terapia cognitivo-comportamental, grupos de apoio)

Observações para profissionais de saúde:

Utilizar essa ferramenta como parte de uma abordagem integral e humanizada da saúde mental perinatal;

Considerar fatores culturais, contextuais e históricos de cada gestante ao interpretar os resultados;

Reforçar a importância do autocuidado, incluindo alimentação, sono, atividade física e apoio emocional;

Incentivar a participação do parceiro e da família no processo de cuidado;

Combinar essa triagem com instrumentos validados como a EPDS (Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh), quando possível. Dar preferência para o autopreenchimento em domicílio.