

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: RASTREAMENTO NO PRÉ-NATAL E DESFECHOS NO DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

POSTPARTUM DEPRESSION: PRENATAL SCREENING AND INFANT DEVELOPMENTAL OUTCOMES

Fabricio da Cunha Moraes¹
Livia Maria da Silva²
Jailene Mercedes Ibáñez Herrera³
Guilherme Augusto Melo de Oliveira⁴
Flávio Rui Bezerra de Souza Júnior⁵

RESUMO: A depressão pós-parto frequentemente representa continuidade ou intensificação de sintomas iniciados na gestação, tornando o pré-natal uma oportunidade para reconhecimento e intervenção precoces. Esta revisão narrativa analisou o papel do rastreamento pré-natal na identificação de trajetórias de depressão perinatal e examinou a força das evidências sobre desenvolvimento infantil. Foram consultadas, em 2026, publicações em português, inglês e espanhol indexadas em PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, além de diretrizes e documentos oficiais. A síntese abordou instrumentos, momentos de aplicação, confirmação diagnóstica, organização da linha de cuidado e desfechos cognitivos, linguísticos, motores e socioemocionais. A Edinburgh Postnatal Depression Scale é o instrumento mais estudado, mas seu desempenho depende do limiar e do contexto, e o resultado positivo exige avaliação clínica. Estudos longitudinais e metanálises sustentam associações mais consistentes com desfechos socioemocionais e comportamentais; para cognição, linguagem e motricidade, os efeitos médios são pequenos e variam conforme a definição da exposição e o método de síntese. Esses achados não autorizam inferência causal simples. Conclui-se que rastrear no pré-natal é justificável quando integrado à avaliação de risco, ao tratamento e ao seguimento materno-infantil.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Cuidado Pré-Natal. Programas de Rastreamento. Desenvolvimento Infantil. Relações Mãe-Filho.

¹Faculdade: Universidade Feevale.

²Faculdade: PUC Minas.

³Graduado, Faculdade: Universidad Técnica de Ambato Equador.

⁴Faculdade: PUC Minas.

⁵Graduado, Faculdade: UEA.

ABSTRACT: Postpartum depression often represents the continuation or intensification of symptoms that began during pregnancy, making prenatal care an opportunity for early recognition and intervention. This narrative review analyzed the role of prenatal screening in identifying trajectories of perinatal depression and examined the strength of evidence on child development. Publications in Portuguese, English, and Spanish indexed in PubMed/MEDLINE, SciELO, and LILACS were consulted in 2026, together with guidelines and official documents. The synthesis addressed instruments, timing, diagnostic confirmation, organization of the care pathway, and cognitive, language, motor, and socioemotional outcomes. The Edinburgh Postnatal Depression Scale is the most extensively studied instrument, but its performance depends on the threshold and context, and a positive result requires clinical assessment. Longitudinal studies and meta-analyses support more consistent associations with socioemotional and behavioral outcomes; for cognition, language, and motor development, mean effects are small and vary according to exposure definition and synthesis method. These findings do not support simple causal inference. Prenatal screening is therefore justified when integrated with risk assessment, treatment, and maternal-infant follow-up.

Keywords: Postpartum Depression. Prenatal Care. Mass Screening. Child Development. Mother-Child Relations.

INTRODUÇÃO

Esperar o puerpério para procurar depressão pós-parto cria um atraso assistencial justamente em uma condição que, em parcela expressiva das mulheres, já se manifesta durante a gestação. O nome consagrado do transtorno sugere um evento circunscrito ao período posterior ao nascimento, mas a prática clínica e os estudos longitudinais descrevem um contínuo perinatal: sintomas podem surgir antes da concepção, iniciar-se no pré-natal, persistir após o parto ou aparecer pela primeira vez durante os meses seguintes. Essa diversidade de trajetórias modifica a lógica do cuidado. Em vez de uma triagem tardia e pontual, a prevenção de desfechos maternos e infantis exige vigilância ao longo da gestação, transição planejada para o puerpério e articulação com a puericultura.

A magnitude do problema não é pequena. Estimativas agregadas situam a prevalência de depressão perinatal em torno de 12%, com variação relevante segundo período avaliado, instrumento, ponto de corte, contexto socioeconômico e acesso aos serviços (WOODY et al., 2017). A vulnerabilidade tende a ser maior onde se acumulam pobreza, violência, baixo apoio social, gravidez não planejada, complicações obstétricas, histórico psiquiátrico e barreiras de acesso. Portanto, um mesmo escore de rastreamento não tem significado idêntico em todos os cenários, e a ausência de sintomas em uma consulta não exclui adoecimento posterior.

O interesse pelo rastreamento pré-natal decorre de dois argumentos complementares. O primeiro é materno: reconhecer precocemente sintomas depressivos permite avaliar risco

suicida, diferenciar depressão unipolar de transtorno bipolar, intervir sobre fatores psicossociais e iniciar tratamento antes que a deterioração funcional comprometa autocuidado, adesão ao pré-natal e vínculo com a rede. O segundo é desenvolvimental: depressão durante a gestação e após o parto tem sido associada a alterações na interação mãe-bebê e a diferenças posteriores em cognição, linguagem, motricidade e regulação socioemocional. Essas associações, contudo, são heterogêneas e coexistem com determinantes genéticos, familiares e sociais; transformar correlação em uma narrativa causal linear seria cientificamente inadequado (STEIN et al., 2014; DE DOMENICO et al., 2025).

A triagem também contém um paradoxo. Aplicar uma escala é simples; produzir benefício clínico não é. Resultados positivos sem confirmação diagnóstica, manejo de risco, tratamento acessível e seguimento podem aumentar rotulagem e ansiedade sem reduzir sofrimento. Em sentido oposto, programas conectados a fluxos de encaminhamento e cuidado colaborativo conseguem ampliar reconhecimento e tratamento (MILLER et al., 2021). A pergunta relevante, portanto, não é apenas se a gestante deve ser rastreada, mas como, quando e com quais consequências assistenciais o rastreamento deve ocorrer.

As sínteses disponíveis costumam examinar separadamente a acurácia dos instrumentos, os efeitos da exposição materna ou os desfechos do tratamento. Ao reunir essas dimensões em um eixo temporal e assistencial único, esta revisão procura explicitar onde a evidência converge, onde permanece discordante e quais condições permitem traduzir o rastreamento em cuidado no Sistema Único de Saúde (PARK; KIM, 2023; FAN et al., 2024; HERMANS et al., 2026).

Esta revisão tem como objetivo analisar criticamente o papel do rastreamento da depressão durante o pré-natal na identificação de trajetórias que podem culminar em depressão pós-parto e discutir a força das evidências que relacionam sintomas maternos aos desfechos do desenvolvimento do bebê. Busca-se ainda delimitar as condições necessárias para que a triagem seja convertida em cuidado efetivo e propor uma integração viável entre pré-natal, saúde mental, puerpério e acompanhamento infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa crítica orientada pela seguinte questão: de que modo o rastreamento de sintomas depressivos no pré-natal pode antecipar o reconhecimento da depressão pós-parto e quais desfechos do desenvolvimento infantil aparecem associados à

exposição materna pré e pós-natal? As buscas foram realizadas em 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, complementadas por documentos da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, do American College of Obstetricians and Gynecologists, da American Academy of Pediatrics e da United States Preventive Services Task Force.

A busca foi construída com termos livres em inglês e português relacionados a postpartum depression, perinatal depression, antenatal depression, prenatal screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale, infant development, child development, cognitive development, language development, motor development e mother-infant interaction. Foram elegíveis publicações em português, inglês e espanhol. SciELO e LILACS foram mantidas para ampliar a recuperação de validações, estudos epidemiológicos e documentos aplicáveis ao contexto brasileiro. Não se definiu limite cronológico inicial, pois a análise exigia incluir o estudo seminal da escala de Edimburgo, diretrizes vigentes, validações nacionais e evidências contemporâneas sobre desenvolvimento infantil.

Foram priorizados estudos de validação e acurácia de instrumentos, coortes longitudinais, metanálises, ensaios de intervenção, diretrizes clínicas e documentos institucionais diretamente relacionados a gestantes, puérperas e crianças expostas a sintomas depressivos maternos. Publicações com efeitos nulos, pequenos ou divergentes foram mantidas quando pertinentes à pergunta. Excluíram-se textos sem descrição suficiente do momento da exposição materna, sem desfecho infantil discernível ou restritos a condições psiquiátricas distintas sem análise específica de depressão. A leitura comparou continuidade pré e pós-natal, desempenho do rastreamento, conversão da triagem em cuidado, vias explicativas e magnitude dos desfechos. Por se tratar de revisão narrativa, a síntese integra diferenças de desenho e contexto, sem estimar efeito combinado próprio nem pretender exaustividade sistemática.

DEPRESSÃO PERINATAL COMO CONTÍNUO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTAL

A separação rígida entre depressão antenatal e pós-parto é conveniente para classificar estudos, mas descreve imperfeitamente a história natural do adoecimento. Em revisão de estudos longitudinais, cerca de 39% das mulheres deprimidas durante a gestação mantiveram depressão após o parto, enquanto quase metade dos casos identificados no pós-parto havia sido precedida por depressão antenatal (UNDERWOOD et al., 2016). Esses valores não são

universais, porém mostram que o pré-natal não é apenas um local para prever um evento futuro: em muitas gestantes, ele já é o cenário em que o episódio atual pode ser reconhecido.

Essa continuidade tem implicações práticas. Antecedente de depressão, transtorno bipolar, ansiedade, tentativa de suicídio, trauma, violência por parceiro íntimo, apoio social insuficiente e estressores econômicos elevam o risco, mas uma estratégia baseada somente em fatores de risco perde mulheres sem histórico conhecido. Por outro lado, uma triagem universal sem atenção às desigualdades pode reproduzir barreiras, pois quem apresenta maior vulnerabilidade é frequentemente quem encontra maior dificuldade para confirmar diagnóstico, comparecer a psicoterapia ou obter cuidado especializado. A combinação mais coerente é rastreamento amplo, seguido de intensidade assistencial proporcional às necessidades clínicas e sociais.

O desenvolvimento do bebê também ocorre como processo contínuo. Exposições durante a gestação podem coexistir com alterações do sono, nutrição, uso de substâncias, inflamação, estresse fisiológico e complicações obstétricas; após o nascimento, entram em cena responsividade parental, interação, amamentação, rotina, qualidade do ambiente doméstico e disponibilidade de outros cuidadores. A depressão materna pode influenciar alguns desses componentes, mas também pode ser consequência ou marcador de adversidade compartilhada. Assim, o período da exposição, sua duração e sua gravidade precisam ser considerados antes de atribuir um desfecho infantil à condição materna.

5

Estudos recentes reforçam essa leitura temporal. Em metanálise de dados individuais de até 76.514 crianças de sete coortes europeias, a exposição pré-natal binária à depressão materna foi associada a elevação entre 6,61 e 10,90 pontos percentílicos nos escores de problemas internalizantes, externalizantes e traços relacionados a transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e ao espectro autista. Entre 25,6% e 32,4% dessas associações foi mediada por sintomas pós-natais, conforme o desfecho. Os modelos harmonizados consideraram idade e escolaridade maternas, tabagismo, álcool, índice de massa corporal e características da criança, mas não permitiram controlar de forma uniforme o confundimento genético, de modo que causalidade e contribuição familiar residual permanecem incertas (HERMANS et al., 2026). A trajetória sintomática materna deve ser interpretada como marcador precoce de necessidade de apoio, e não como determinação diagnóstica para a criança.

POR QUE RASTREAR AINDA NO PRÉ-NATAL

O rastreamento pré-natal oferece uma vantagem temporal: cria oportunidade para agir antes do parto, quando a rede obstétrica ainda mantém contato regular com a gestante. Diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists recomendam aplicação de instrumento padronizado e validado na consulta pré-natal inicial, novamente em momento posterior da gestação e no pós-parto, sempre dentro de sistemas preparados para avaliação, tratamento e acompanhamento (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2023a). A United States Preventive Services Task Force também recomenda rastrear adultos, incluindo gestantes e puérperas, desde que existam estruturas para diagnóstico e cuidado subsequentes (UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2023).

A repetição é essencial porque a depressão perinatal é dinâmica. Um escore baixo no primeiro trimestre não prediz imunidade ao adoecimento diante de perda gestacional prévia, complicação obstétrica, conflito conjugal, mudança financeira ou proximidade do parto. De modo semelhante, um resultado positivo pode representar sofrimento transitório, episódio depressivo maior, transtorno bipolar em fase depressiva, ansiedade predominante ou reação a violência. O escore sinaliza probabilidade e necessidade de aprofundamento, cuja interpretação depende de entrevista clínica e contexto.

Há ainda um fundamento preventivo. Entre mulheres com risco aumentado, intervenções de aconselhamento, sobretudo baseadas em terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal, reduziram a incidência de depressão perinatal. A síntese que embasou a recomendação preventiva da USPSTF encontrou risco relativo agrupado de 0,61 (IC95% 0,47-0,78; 17 ensaios; 3.094 participantes), equivalente a número necessário para tratar de aproximadamente 13,5 sob risco basal de 19% (O'CONNOR et al., 2019; UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2019). O benefício decorre da intervenção oferecida a mulheres de maior risco, e não da escala isoladamente; o pré-natal amplia a janela para iniciar esse percurso.

Rastrear precocemente também favorece planejamento de segurança. Qualquer indicação de ideação suicida requer avaliação imediata de intenção, plano, meios, proteção e necessidade de atendimento urgente. Antes de iniciar antidepressivo, deve-se investigar história de mania ou hipomania, uma vez que o manejo de depressão bipolar difere do tratamento da depressão unipolar. Sintomas compatíveis com psicose pós-parto constituem

emergência psiquiátrica. Esses passos não são detalhes posteriores à triagem; são condições para que ela seja segura (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2023a, 2023b).

INSTRUMENTOS, MOMENTOS E INTERPRETAÇÃO DO RASTREAMENTO

A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) permanece como instrumento mais difundido no ciclo gravídico-puerperal. Desenvolvida originalmente com dez itens para detectar sintomas depressivos após o parto, ela evita depender de queixas somáticas que podem se confundir com alterações esperadas da gestação e do puerpério (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Sua aplicação é breve e pode ser feita em serviços obstétricos, de atenção primária e pediátricos, desde que a equipe saiba interpretar o resultado e responder a itens de segurança.

A validade da EPDS varia com população, idioma, momento da aplicação e limiar escolhido. A metanálise de Park e Kim (2023) reuniu 1.831 gestantes de nove estudos e 515 puérperas de seis estudos; as sensibilidades e especificidades agrupadas foram, respectivamente, 0,81 e 0,87 durante a gravidez e 0,79 e 0,92 após o parto. A base pós-natal relativamente pequena e a dependência dos pontos de corte publicados recomendam cautela ao transferir esses valores para qualquer serviço.

Uma metanálise de dados individuais ampliou essa avaliação para 15.557 participantes de 58 estudos. Em comparação com entrevistas semiestruturadas, o ponto de corte igual ou superior a 11 apresentou sensibilidade de 0,81 e especificidade de 0,88, enquanto o limiar igual ou superior a 13 reduziu a sensibilidade para 0,66 e elevou a especificidade para 0,95 (LEVIS et al., 2020). A análise de todos os limiares disponíveis reduz a influência da publicação seletiva de pontos de corte. Em cenário ilustrativo de prevalência de 10%, o limiar 11 produziria, por 1.000 mulheres, cerca de 81 verdadeiros positivos e 108 falsos positivos; esse balanço explica por que o escore precisa ser seguido de entrevista clínica e por que capacidade de confirmação deve orientar a escolha do limiar.

No Brasil, a EPDS apresenta evidências de validade no pós-parto desde a coorte de nascimentos de Pelotas (SANTOS et al., 2007). Uma análise nacional mais recente avaliou seu uso para sintomas depressivos pré-natais e encontrou estrutura unidimensional e confiabilidade composta de 0,91, fortalecendo a pertinência do instrumento durante a gestação sem transformar seu escore em diagnóstico (BALDISSEROTTO et al., 2026). O valor desse

avanco é operacional: reduz a dependência de extrapolar automaticamente resultados pós-natais para o pré-natal brasileiro.

Outras escalas, como o Patient Health Questionnaire de nove itens, podem ser utilizadas quando integradas ao fluxo local. A escolha deve privilegiar instrumento validado, familiaridade da equipe, continuidade entre pontos da rede e possibilidade de registrar evolução. Manter a mesma medida ao longo do acompanhamento favorece comparação longitudinal. Em qualquer instrumento, a leitura item a item é necessária: um escore total abaixo do limiar não neutraliza resposta positiva sobre autoagressão, e queixas intensas de ansiedade, agitação ou perda funcional podem exigir avaliação mesmo sem pontuação elevada.

O momento ideal não é um ponto único, mas uma sequência mínima. A primeira aplicação estabelece linha de base e identifica adoecimento atual; a repetição no final da gestação capta casos incidentes e permite organizar o período do parto; a avaliação pós-parto reconhece persistência, recaída ou início tardio. A puericultura amplia essa vigilância porque o contato pediátrico costuma ser mais frequente do que o seguimento materno. A American Academy of Pediatrics recomenda rastrear depressão perinatal nas consultas de rotina do bebê aos 1, 2, 4 e 6 meses, com encaminhamento e coordenação com o cuidado materno (EARLS et al., 2019). Tal prática não converte o pediatra em responsável exclusivo pela mãe; reconhece que a saúde de ambos é interdependente.

DO RESULTADO POSITIVO À LINHA DE CUIDADO

A qualidade de um programa de rastreamento deve ser medida pelo que acontece depois do formulário. O primeiro passo é comunicar o resultado sem estigmatização e realizar entrevista clínica que examine humor, anedonia, culpa, sono, apetite, energia, concentração, funcionamento, ansiedade, pensamentos intrusivos, uso de substâncias, violência, suporte e segurança. Deve-se investigar episódios prévios, tratamentos, resposta a medicamentos, história familiar e sinais de bipolaridade. Diagnósticos diferenciais e condições clínicas, como disfunção tireoidiana e anemia, são avaliados conforme apresentação, sem transformar exames laboratoriais em substitutos da avaliação psiquiátrica.

A seguir, a intensidade do cuidado deve refletir gravidade, risco, preferência, acesso e fase perinatal. Sintomas leves podem responder a intervenções psicossociais estruturadas, apoio, sono protegido e acompanhamento próximo. Quadros moderados ou graves requerem psicoterapia baseada em evidências, farmacoterapia quando indicada ou combinação de

modalidades; risco suicida, psicose, catatonia, incapacidade grave de autocuidado ou risco ao bebê impõem avaliação urgente. A tomada de decisão farmacológica deve ponderar riscos do tratamento e da doença não tratada, evitando o falso contraste entre medicamento arriscado e ausência de tratamento neutra (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2023b; HOWARD; KHALIFEH, 2020).

Cuidado colaborativo é particularmente útil porque reduz a fragmentação entre obstetrícia, atenção primária e saúde mental. Programas com coordenação, acompanhamento sistemático de sintomas, supervisão especializada e ajuste terapêutico ampliaram taxas de rastreamento e recomendações de tratamento em cenários perinatais (MILLER et al., 2021). Entre mulheres socioeconomicamente desfavorecidas, modelos colaborativos também melhoraram resposta materna, embora a demonstração de efeitos neonatais diretos seja menos consistente (BHAT et al., 2017). O contraste reforça um princípio: melhorar depressão materna é um desfecho clínico valioso por si só; benefícios infantis adicionais devem ser avaliados, não presumidos.

A continuidade precisa ser planejada antes do parto. O prontuário deve registrar escore, avaliação diagnóstica, risco, tratamento, contatos da rede e plano para o puerpério. Alta obstétrica sem transferência ativa cria um intervalo perigoso, sobretudo quando a mulher perde consultas próprias e mantém apenas as do bebê. Serviços maternos e pediátricos podem compartilhar um plano de seguimento, respeitando confidencialidade e consentimento, para que resultados positivos na puericultura acionem retorno ao cuidado da mãe e observação do desenvolvimento infantil.

Tabela 1 – Linha de cuidado proposta entre o pré-natal e o acompanhamento do bebê

Momento assistencial	Ação essencial	Decisão clínica	Racional assistencial e base principal
Primeira consulta pré-natal	Aplicar instrumento validado; revisar história psiquiátrica, apoio, violência e uso de substâncias.	Definir linha de base, confirmar casos prováveis e identificar risco imediato.	Antecipar avaliação e reduzir atraso até a primeira intervenção (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2023a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).
Reavaliação no final da gestação	Repetir rastreamento e revisar evolução, adesão e plano para parto e puerpério.	Ajustar tratamento; organizar referência e plano de segurança quando necessário.	Favorecer continuidade na transição para o pós-parto (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2023a).

Momento assistencial	Ação essencial	Decisão clínica	Racional assistencial e base principal
Resultado positivo em qualquer etapa	Realizar entrevista clínica, avaliar suicídio e bipolaridade e classificar gravidade.	Diferenciar monitoramento, psicoterapia, farmacoterapia, cuidado combinado ou urgência.	Reduzir classificação incorreta e ofertar cuidado proporcional à gravidade (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2023a, 2023b).
Consulta materna pós-parto	Repetir instrumento e avaliar funcionamento, sono, interação e resposta terapêutica.	Reconhecer persistência, recaída, início pós-natal ou agravamento.	Reavaliar necessidades maternas e condições de cuidado do bebê (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).
Puericultura aos 1, 2, 4 e 6 meses	Rastrear sintomas maternos, observar interação e acompanhar marcos do bebê.	Acionar rede materna e avaliação infantil quando houver sinais de alerta.	Recuperar mulheres sem seguimento próprio e coordenar encaminhamento (EARLS et al., 2019).
Sintomas persistentes ou atraso do bebê	Integrar atenção primária, saúde mental, pediatria e apoio social.	Reavaliar diagnóstico, adesão, ambiente, desenvolvimento e necessidade de intervenção diádica.	Responder separadamente às necessidades da mulher, da interação e da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; EARLS et al., 2019).

Fonte: elaboração própria; referências principais indicadas em cada linha.

VIAS ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

As relações entre depressão materna e desenvolvimento infantil são plausíveis, mas não seguem uma única via. Durante a gestação, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, inflamação, sono, nutrição, tabagismo, uso de álcool, adesão ao pré-natal e risco obstétrico podem modificar o ambiente fetal. Após o nascimento, sintomas como anedonia, fadiga, desesperança e irritabilidade podem reduzir disponibilidade emocional, sincronia e consistência das respostas ao bebê. Ao mesmo tempo, apoio do parceiro, presença de outros cuidadores, temperamento infantil, condições de moradia e renda podem amortecer ou intensificar essas influências (STEIN et al., 2014; SLOMIAN et al., 2019).

Modelos biológicos devem ser interpretados sem determinismo. Revisão recente de correlatos neurais e psicofisiológicos em filhos de mães com depressão periparto encontrou seis estudos elegíveis: dois avaliaram sintomas na gestação, dois no pós-parto e dois em ambos os períodos. Foram descritos sinais como assimetria frontal no eletroencefalograma, alterações de resposta em amígdala e regiões paralímbicas, menor tônus vagal e diferenças no componente N2. A escassez, a heterogeneidade temporal e o tamanho das amostras impedem considerar

esses achados biomarcadores clínicos (MATEUS et al., 2026); seu valor atual é apoiar hipóteses mecanísticas, não predizer trajetórias individuais.

A interação mãe-bebê é uma via relacional importante, porém também não é uniforme. Algumas mulheres deprimidas tornam-se mais retraídas; outras apresentam intrusividade ou oscilação na responsividade. Bebês podem responder com menor engajamento, irritabilidade ou dificuldades de regulação, produzindo ciclos bidirecionais. A doença materna não equivale a incapacidade parental, e a qualidade do cuidado não pode ser inferida apenas de um diagnóstico. Avaliar a díade exige observação, escuta da mãe e reconhecimento de recursos protetores presentes na família.

O confundimento é central. Predisposição genética, depressão paterna, conflito familiar, escolaridade, pobreza, violência e estresse podem aumentar simultaneamente a probabilidade de sintomas maternos e de dificuldades no desenvolvimento. Em revisão sistemática de sofrimento psicológico pré-natal e trajetórias neurodesenvolvimentais, as associações foram em geral pequenas, correlacionais e frequentemente atenuadas após ajustes mais rigorosos e tratamento das perdas de seguimento, sugerindo influência relevante de fatores compartilhados (DE DOMENICO et al., 2025). Ajustar indiscriminadamente também pode remover mediadores verdadeiros; por isso, a interpretação depende do modelo causal proposto, e não apenas do número de covariáveis.

DESFECHOS COGNITIVOS, LINGÜÍSTICOS, MOTORES E SOCIOEMOCIONAIS

A evidência agregada aponta efeitos médios pequenos, com ampla variação entre famílias. A metanálise de Fan et al. (2024) encontrou diferenças padronizadas de -0,19 no domínio cognitivo, -0,24 na linguagem e -0,15 na motricidade. Nas análises por momento, as associações foram estatisticamente significativas para depressão pré-natal, mas não para depressão pós-natal. Esses deslocamentos modestos da média populacional podem ter relevância em saúde pública quando a exposição é frequente, porém não definem atraso inevitável em cada bebê.

A convergência, entretanto, não é completa. Na análise primária com exposição binária, a metanálise de dados individuais de Hermans et al. (2026) não encontrou associação consistente com linguagem, motricidade fina, motricidade grossa ou inteligência não verbal; quando os sintomas pré-natais foram modelados de forma contínua em análise de sensibilidade, associações reapareceram nos oito desfechos avaliados. A diferença em relação a Fan et al.

(2024) e Rogers et al. (2020) pode decorrer da dicotomização versus análise contínua da exposição, da harmonização de covariáveis e do uso de dados individuais em vez de estimativas publicadas. A literatura, portanto, sustenta maior consistência para desfechos socioemocionais e comportamentais do que para todos os domínios neurodesenvolvimentais.

No domínio cognitivo, diferenças aparecem em atenção, funções executivas e desempenho global, embora sejam sensíveis à idade da avaliação e ao instrumento. Medidas nos primeiros meses podem refletir estado transitório, prematuridade ou condições do teste; resultados escolares posteriores incorporam ambiente, educação e oportunidades. Uma coorte brasileira identificou associação entre sintomas maternos persistentes e desenvolvimento menos favorável aos três anos após tratamento de dados ausentes, reforçando que duração e contexto importam mais do que uma aferição isolada (SANTOS et al., 2024).

A linguagem depende da quantidade e da qualidade de interação verbal, leitura, brincadeira e responsividade. Sintomas depressivos podem reduzir algumas dessas experiências, mas melhora materna, participação de outros cuidadores e ambientes estimulantes oferecem compensação. A maior diferença padronizada observada por Fan et al. (2024) ocorreu nesse domínio, ainda com pequena magnitude e sem confirmação uniforme entre métodos de síntese. O achado favorece vigilância e orientação parental, sem presumir necessidade de terapia específica para toda criança exposta.

12

Para motricidade, os resultados são pequenos e metodologicamente instáveis. Prematuridade, baixo peso, condições neurológicas, oportunidades de movimento e práticas culturais de cuidado influenciam esse domínio. Quando tais fatores não são adequadamente controlados, parte da associação atribuída à depressão pode refletir condições obstétricas ou sociais concomitantes. A ausência de associação consistente na análise binária de Hermans et al. (2026) reforça que o rastreamento materno não substitui a avaliação pediátrica dos marcos nem deve atrasar investigação de sinais motores objetivos.

Os desfechos socioemocionais e comportamentais apresentam maior coerência teórica, pois dependem intensamente de regulação compartilhada e ambiente familiar. Metanálise de depressão e ansiedade pré-natais encontrou maior chance de dificuldades socioemocionais na prole, com razão de chances de 1,66 para sofrimento pré-natal e de 1,79 nas análises específicas de depressão, além de efeitos mais fortes em situações de maior gravidade e desvantagem social (MADIGAN et al., 2018). Outra metanálise relacionou depressão e ansiedade perinatais a múltiplos domínios do desenvolvimento, incluindo social, emocional, cognitivo, linguístico,

motor e adaptativo (ROGERS et al., 2020). A amplitude dos achados, porém, pode refletir tanto mecanismos compartilhados quanto viés de relato quando a própria mãe avalia o comportamento infantil.

Persistência e intensidade parecem distinguir exposições de maior risco. Depressão pós-natal persistente e grave foi associada a piores resultados comportamentais e acadêmicos em seguimento prolongado, enquanto episódios menos duradouros apresentaram relações menores (NETSI et al., 2018). Em análise de marcos iniciais, sintomas pós-natais maternos mostraram correlação média pequena com aquisição mais tardia, de aproximadamente $r = -0,12$ (RACINE et al., 2024). Esses resultados são compatíveis: a associação média é modesta, mas subgrupos com sintomas crônicos, adversidade cumulativa e menor apoio podem concentrar maior vulnerabilidade.

A leitura clínica deve, portanto, evitar dois extremos. Negar qualquer consequência infantil ignora um corpo consistente de associações longitudinais; anunciar dano inevitável aumenta culpa, estigma e pode piorar a procura por ajuda. A formulação mais fiel é probabilística: depressão perinatal pode aumentar modestamente o risco de dificuldades, sobretudo quando grave e persistente, mas trajetórias são modificáveis e dependem de múltiplas exposições e proteções.

O QUE O TRATAMENTO MATERNO CONSEGUE E O QUE AINDA NÃO CONSEGUE MODIFICAR

Tratar depressão perinatal reduz sofrimento, incapacidade, risco suicida e prejuízo relacional da mulher. Essa indicação não depende de provar benefício futuro ao bebê. Psicoterapia, farmacoterapia e cuidado combinado devem ser selecionados de acordo com gravidade, histórico, preferência, resposta prévia e contexto obstétrico. Intervenções preventivas de aconselhamento em gestantes de maior risco também diminuem o aparecimento de novos episódios, o que sustenta o valor de identificar vulnerabilidade antes do parto (O'CONNOR et al., 2019).

É mais difícil demonstrar que a redução dos sintomas maternos produz, por si só, ganho duradouro no desenvolvimento infantil. O programa *Thinking Healthy*, conduzido por agentes comunitárias no Paquistão, reduziu depressão materna em ensaio por conglomerados (RAHMAN et al., 2008). No seguimento aos sete anos, entretanto, crianças do grupo intervenção não apresentaram vantagem global clara em resultados cognitivos, socioemocionais ou de crescimento em comparação ao controle (MASELKO et al., 2015). Esse

aparente contraste não invalida o tratamento: sugere que desenvolvimento infantil recebe influência de muitos fatores e que benefícios maternos não se convertem automaticamente em diferenças mensuráveis anos depois.

Intervenções voltadas somente à remissão sintomática podem deixar sem abordagem padrões relacionais, estressores econômicos, violência, isolamento ou necessidades específicas do bebê. Quando há dificuldade de interação, acrescentar orientação parental, observação da díade, promoção de sensibilidade, apoio à rotina e estímulo ao desenvolvimento pode ser mais plausível do que esperar efeito indireto do antidepressivo. Nos casos de atraso estabelecido, a criança deve receber avaliação e intervenção próprias, sem aguardar a recuperação materna.

A pesquisa ainda precisa separar melhor três perguntas: se o tratamento melhora a saúde da mãe; se melhora a qualidade da interação; e se modifica desfechos infantis de curto e longo prazo. Ensaios frequentemente são dimensionados para o primeiro desfecho e não para os demais. A ausência de diferença infantil pode refletir intervenção inadequada ao mecanismo, seguimento insuficiente, perda amostral ou efeitos pequenos, e não prova de que o momento pré-natal seja irrelevante. Ao mesmo tempo, prometer proteção neurodesenvolvimental sem evidência direta seria extrapolação.

IMPLICAÇÕES PARA A REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NO SUS

14

No Sistema Único de Saúde, o pré-natal na atenção primária oferece capilaridade para vínculo, identificação de sofrimento e continuidade. Na pesquisa nacional Nacer no Brasil, 26,3% de 23.894 mulheres apresentaram provável sintomatologia depressiva entre seis e 18 meses após o parto, estimada uma única vez pela EPDS; o valor expressa carga de sintomas e não prevalência de transtorno depressivo maior confirmado (THEME FILHA et al., 2016). Os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres organizam cuidado longitudinal no pré-natal e no puerpério e foram formalmente aprovados pelo Ministério da Saúde em 2016 (BRASIL, 2016). A Organização Mundial da Saúde recomenda integrar saúde mental perinatal aos serviços materno-infantis, em vez de estabelecer uma linha paralela desconectada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Essa integração é especialmente pertinente onde psiquiatria e psicoterapia têm oferta limitada.

Uma implementação realista começa por definir quem aplica o instrumento, onde o resultado é registrado, quem confirma o caso e qual serviço recebe cada nível de gravidade. Capacitar toda a equipe para perguntas de segurança é mais importante do que concentrar a

escala em um único profissional. Agentes comunitários de saúde podem apoiar busca ativa e adesão; enfermagem e medicina da família podem realizar avaliação inicial e seguimento; equipes multiprofissionais e saúde mental oferecem apoio matricial, psicoterapia e manejo compartilhado. Fluxos de urgência precisam estar explícitos e disponíveis fora do horário da consulta programada.

O rastreamento deve ser cultural e linguisticamente compreensível. Baixa escolaridade, medo de perda da guarda, julgamento familiar e normalização do sofrimento podem reduzir respostas espontâneas. Privacidade durante a aplicação, explicação do propósito e linguagem não punitiva aumentam validade. Perguntar sobre violência exige condições seguras para que acompanhante não controle a resposta. Em territórios com barreiras digitais, programas dependentes apenas de aplicativos podem ampliar exclusão.

A puericultura é o ponto de resgate para mulheres que abandonam o acompanhamento próprio. Incorporar a triagem materna nas consultas iniciais do bebê, como propõe a pediatria norte-americana, pode ser adaptado ao contexto local, mas requer definir responsabilidade pela resposta. O serviço infantil não deve apenas entregar um telefone; deve realizar encaminhamento ativo, verificar segurança e comunicar-se com a equipe da mulher. Paralelamente, a criança deve seguir o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento recomendado, com atenção a interação, sono, alimentação, linguagem, motricidade e regulação.

15

Indicadores de qualidade não devem se limitar à proporção de formulários preenchidos. É necessário acompanhar porcentagem de resultados positivos avaliados clinicamente, tempo até primeiro atendimento, avaliação de suicídio e bipolaridade, início e continuidade do tratamento, redução de sintomas, retomada funcional e seguimento do bebê. Sem esses dados, uma alta cobertura de triagem pode ocultar um funil assistencial em que poucas mulheres recebem cuidado.

LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA E PRIORIDADES DE PESQUISA

A literatura disponível apresenta heterogeneidade substancial. Estudos usam diferentes escalas, pontos de corte, períodos gestacionais, janelas pós-parto e idades de avaliação infantil. Alguns analisam diagnóstico clínico; outros, sintomas contínuos. Agrupar exposições tão distintas aumenta poder estatístico, mas dilui diferenças entre episódio breve, depressão recorrente e quadro grave persistente. A comparação entre resultados também é limitada por instrumentos de desenvolvimento que medem construtos e faixas etárias diferentes.

Grande parte da evidência sobre o bebê é observacional. Confundimento residual, causalidade reversa e fatores genéticos compartilhados permanecem possíveis. O relato materno pode inflar associações quando a mesma pessoa informa sintomas próprios e comportamento da criança, embora medidas objetivas também tenham limitações. Perdas de seguimento tendem a ser maiores entre famílias vulneráveis, podendo subestimar ou distorcer efeitos. Amostras de países de alta renda são frequentes e nem sempre representam o contexto brasileiro.

Também existe risco de interpretar significância estatística como importância clínica. Efeitos pequenos podem ser relevantes em nível populacional, mas sua tradução individual depende do risco basal e da presença de fatores protetores. Estudos futuros devem informar efeitos absolutos, trajetórias e distribuição de resultados, não apenas médias. São prioritárias coortes brasileiras com avaliação repetida antes e depois do parto, medidas independentes do desenvolvimento, inclusão de pais e outros cuidadores, e análise de pobreza, racismo, violência e acesso a tratamento.

Ensaio de intervenção precisam incorporar desfechos diádicos e infantis desde o planejamento, com tamanho amostral adequado e seguimento suficiente. Comparar tratamento materno isolado com abordagens que acrescentem componentes parentais ou de desenvolvimento ajudaria a identificar mecanismos modificáveis. Estudos de implementação devem examinar custo, aceitabilidade, abandono, equidade e capacidade da atenção primária de responder aos casos. A pergunta não é somente qual escala funciona, mas qual sistema consegue transformar identificação em recuperação materna e suporte ao bebê.

Esta revisão possui limites inerentes ao delineamento narrativo. A busca não foi concebida para garantir recuperação exaustiva, não empregou protocolo registrado nem avaliação formal de risco de viés, e o rendimento das bases regionais foi menor que o da PubMed/MEDLINE. A seleção orientada pela questão clínica e por documentos normativos pode ter deixado de captar estudos pertinentes. As magnitudes apresentadas pertencem às sínteses citadas e não constituem estimativa independente produzida por este trabalho.

CONCLUSÃO

O rastreamento da depressão no pré-natal é sustentado pela continuidade frequente entre sintomas gestacionais e pós-parto e pela possibilidade de intervir antes de uma fase marcada por elevada demanda física, redução do sono e risco de perda de seguimento materno.

Sua utilidade depende de repetição ao longo do ciclo perinatal, instrumento validado, confirmação clínica, avaliação de suicídio e bipolaridade e acesso efetivo ao tratamento. Sem uma resposta assistencial organizada, a aplicação da escala acrescenta identificação, mas não assegura prevenção ou melhora clínica.

As evidências relacionam depressão perinatal a maior risco de dificuldades no bebê, com consistência mais clara para desfechos socioemocionais e comportamentais. Para cognição, linguagem e motricidade, os efeitos médios são pequenos e variam conforme momento e definição da exposição, covariáveis e método de síntese. Essas associações não definem destino individual nem demonstram causalidade simples. Tratar a mulher é indispensável por seus próprios benefícios; necessidades da interação e da criança devem receber avaliação e intervenção específicas quando presentes.

A resposta mais consistente é uma linha integrada que comece no pré-natal, atravesse o parto e o puerpério e alcance a puericultura. No SUS, esse percurso requer articulação entre atenção primária, obstetrícia, saúde mental, pediatria e recursos sociais, com responsabilidade definida após cada resultado positivo. Esse arranjo permite que o rastreamento antecipe reconhecimento, acione tratamento materno e mantenha vigilância proporcional sobre a interação e o desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstetrics & Gynecology*, v. 141, n. 6, p. 1232-1261, 2023a. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005200.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstetrics & Gynecology*, v. 141, n. 6, p. 1262-1288, 2023b. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005202.

BALDISSEROTTO, M. L.; THEME-FILHA, M. M.; AMARAL, A. C. S.; PAPATERRA, M. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to assess maternal prenatal depression symptoms in Brazil: an item response theory analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 42, n. 1, e00090525, 2026. DOI: 10.1590/0102-311XEN090525.

BHAT, A. et al. Collaborative care for perinatal depression among socioeconomically disadvantaged women: adverse neonatal birth events and treatment response. *Psychiatric Services*, v. 68, n. 1, p. 17-24, 2017. DOI: 10.1176/appi.ps.201600002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/protocolos-da-atencao-basica/>. Acesso em: 3 ago. 2026.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.

DE DOMENICO, D. et al. Prenatal psychological distress and neurodevelopmental trajectories in the first 3 years: a systematic review. *BMJ Open*, v. 15, n. 11, e104716, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-104716.

EARLS, M. F.; YOGMAN, M. W.; MATTSON, G.; RAFFERTY, J. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*, v. 143, n. 1, e20183259, 2019. DOI: 10.1542/peds.2018-3259.

FAN, S. et al. Perinatal depression and infant and toddler neurodevelopment: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 159, 105579, 2024. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2024.105579.

HERMANS, L. et al. Prenatal maternal depression and child behavioural and developmental outcomes: an individual participant data meta-analysis in 76,514 children from the EU Child Cohort Network. *The Lancet Regional Health – Europe*, v. 63, 101595, 2026. DOI: 10.1016/j.lanepe.2026.101595.

HOWARD, L. M.; KHALIFEH, H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, v. 19, n. 3, p. 313-327, 2020. DOI: 10.1002/wps.20769.

LEVIS, B. et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, v. 371, m4022, 2020. DOI: 10.1136/bmj.m4022.

MADIGAN, S. et al. A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 57, n. 9, p. 645-657.e8, 2018. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.012.

MASELKO, J. et al. Effect of an early perinatal depression intervention on long-term child development outcomes: follow-up of the Thinking Healthy Programme randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, v. 2, n. 7, p. 609-617, 2015. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00109-1.

MATEUS, V. et al. Neural and psychophysiological correlates of cognitive, social, and emotional development of infants and children of mothers with peripartum depression: a systematic review. *Developmental Psychobiology*, v. 68, n. 2, e70126, 2026. DOI: 10.1002/dev.70126.

MILLER, E. S. et al. Increased depression screening and treatment recommendations after implementation of a perinatal collaborative care program. *Psychiatric Services*, v. 72, n. 11, p. 1268-1275, 2021. DOI: 10.1176/appi.ps.202000563.

NETSI, E. et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*, v. 75, n. 3, p. 247-253, 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.

O'CONNOR, E. et al. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, v. 321, n. 6, p. 588-601, 2019. DOI: 10.1001/jama.2018.20865.

PARK, S. H.; KIM, J. I. Predictive validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 307, n. 5, p. 1331-1345, 2023. DOI: 10.1007/s00404-022-06525-0.

RACINE, N. et al. Maternal postnatal depressive symptoms and early achievement of developmental milestones in infants and young children: a meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, v. 45, n. 2, p. 121-134, 2024. DOI: 10.1002/imhj.22097.

RAHMAN, A. et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 902-909, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61400-2.

ROGERS, A. et al. Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, v. 174, n. 11, p. 1082-1092, 2020. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.2910.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100005.

SANTOS, I. S. et al. Maternal depression and child development at 3 years of age: a longitudinal study in a Brazilian child development promotion program. *Pediatric Research*, v. 95, n. 4, p. 1139-1146, 2024. DOI: 10.1038/s41390-023-02876-9.

SLOMIAN, J. et al. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, v. 15, 1745506519844044, 2019. DOI: 10.1177/1745506519844044.

STEIN, A. et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.

THEME FILHA, M. M.; AYERS, S.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, v. 194, p. 159-167, 2016. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.020.

UNDERWOOD, L. et al. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, v. 19, n. 5, p. 711-720, 2016. DOI: 10.1007/s00737-016-0629-1.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA, v. 321, n. 6, p. 580-587, 2019. DOI: 10.1001/jama.2019.0007.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for depression and suicide risk in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA, v. 329, n. 23, p. 2057-2067, 2023. DOI: 10.1001/jama.2023.9297.

WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. Journal of Affective Disorders, v. 219, p. 86-92, 2017. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>. Acesso em: 3 ago. 2026.