



DEPARTAMENTO DE
Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**
Secretaria da Saúde



apresentam

TRANSTORNOS MENTAIS: GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

Teresa Cristina Gheller Schaidhauer

Médica psiquiatra

PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DO PUERPÉRIO:

Questões históricas:

- A maternidade como conhecemos hoje é algo totalmente novo que data do século XVIII. Antes disso, a criação dos filhos nos primeiros anos não era realizada pela mãe, na grande maioria das vezes. Ex: “Amas de leite”.
- A infância como conhecemos hoje também é algo novo e o estudo dessa fase de desenvolvimento nos seres humanos iniciou após o estudo da maternidade.

* Após início do declínio da mortalidade infantil na Europa, houve uma aproximação da mãe e seu bebê. Alguns estudiosos justificaram a anterior distância entre a mãe e o bebê com o medo de sofrer após a morte do mesmo.

- Rousseau, 1972, tornou-se um dos maiores defensores do amor materno, valorizando o vínculo afetivo e contato físico entre mãe e filho.
- A obstetrícia surge em 1806 como especialidade médica, dentro do ensino médico.

QUESTÕES PSICOLÓGICAS:

- No ciclo vital da mulher há 3 períodos críticos de transição que constituem fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum:
 - **ADOLESCÊNCIA;**
 - **GRAVIDEZ;**
 - **PUERPÉRIO.**

- Todos são períodos de transição, biologicamente determinados e caracterizados por mudanças metabólicas complexas e estados temporários de equilíbrio instável, devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social com a necessidade de adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.

CRISE x TRANSIÇÃO EXISTENCIAL:

- Psicologia trabalha com o conceito de crise e de transição.
- **CRISE:** Período temporário de um estado de equilíbrio, Rapaport, 1965. (Implicada em várias patologias da medicina).
- **TRANSIÇÃO EXISTENCIAL:** Período de passagem de uma situação para outra, mas de forma mais suave.
- **UMA TRANSIÇÃO PODE TRANSFORMAR-SE EM CRISE, POR ISSO A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO, SEMPRE.**

- Erikson chamou de crise as várias etapas do desenvolvimento psicológico normal (puberdade, casamento, gravidez).
- De forma mais simples, a crise (mental ou psicológica) seria um enfraquecimento temporário da estrutura do Ego (ou do "psicológico da pessoa"), de forma que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas e requer mecanismos adaptativos no sentido de buscar respostas. (Nesse momento, enquanto equipes de saúde, podemos promover saúde mental).

**A GRAVIDEZ É UMA TRANSIÇÃO
QUE FAZ PARTE DO PROCESSO
NORMAL DE DESENVOLVIMENTO.**

Necessitando de reestruturação e
reajustamento de questões
psicológicas dessa mulher em
várias dimensões.

MAS O QUE OCORRE NA VIDA DESSAS GESTANTES?

- Mudança de identidade: a grávida, além de filha e mulher, passa a ser mãe e terá que abandonar vários padrões e incluir outros. Multíparas irão passar de mãe de um filho para mãe de dois filhos ou mais, o que é totalmente diferente;
- Conflitos de relacionamento: por exemplo as mudanças psicológicas no companheiro;
- Preocupação com o futuro: mulheres no mercado de trabalho e/ou provedoras do lar (no Brasil mais de 50% dos lares são providos por mulheres) passarão a ter também preocupações reais do ponto de vista financeiro;

- Devido esses conflitos psicológicos e preocupações com o futuro da família, muitas mulheres exibirão sentimentos de raiva e ressentimento que a impedirão de encontrar gratificação na gravidez.
- **ATENÇÃO**: Como profissionais de saúde não podemos julgá-las como melhores ou piores futuras mães. Ao invés disso, vamos acolher de forma empática pelas equipes abrindo espaço para o diálogo e escuta.

- Situar a gravidez como crise ou transição não requer dizer que o período crítico termine com o parto já que grande parte das mudanças psicológicas também ocorrem após o parto:

• O PUERPÉRIO É UM PERÍODO DE TRANSFORMAÇÕES, POIS IMPLICA EM NOVAS MUDANÇAS FISIOLÓGICAS, CONSOLIDAÇÃO DA RELAÇÃO PAIS-FILHO E GRANDES MODIFICAÇÕES NA ROTINA DA FAMÍLIA.

TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO:

- **Transtornos de Ansiedade:** Transtorno do Pânico, Transtorno da Ansiedade Generalizada.
- Ansiedade é um sentimento repulsivo de medo, angústia, que é caracterizado por tensão ou inquietude proveniente de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, passando a ser considerado patológico quando é desproporcional em relação a sua causa ou estímulo, ou qualitativamente divergente do que se espera como norma da faixa etária do indivíduo, passando a interferir na qualidade de vida, conforto emocional ou o desempenho diário (CASTILLO et al., 2000).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.

- A incidência de Transtornos de Humor na gestação é alta.
- Até 70% das parturientes tem sintomas depressivos durante a gravidez sendo que **10 a 16% satisfazem critério para diagnóstico de depressão.**
- *Embora a taxa de suicídio na gravidez seja inferior do que em mulheres não grávidas, o suicídio é uma das principais causas de morte materna na gravidez e no primeiro ano pós-parto.*

Fatores de risco para depressão na gravidez:

- História prévia de depressão;
- Conflito conjugal;
- Gravidez indesejada;
- Violência doméstica;
- Falta de apoio social;
- Acontecimentos estressantes;
- Gravidez na adolescência;
- Transtorno de Ansiedade;
- Interrupção abrupta de antidepressivos.

Diagnóstico e sintomas:

- O diagnóstico de Transtornos Depressivos na gestação vale-se dos mesmos critérios diagnósticos usados para mulheres não grávidas. No entanto, alguns sintomas como mudanças no padrão do sono, peso, níveis de energia podem causar confusão no momento em que acontecem com grande frequência nas mulheres grávidas. Isso pode dificultar o diagnóstico e justificar o grande número de gestantes deprimida subdiagnosticadas.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO SEGUNDO DSM-V:

- A. Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer (*nota: não incluir sintoma nitidamente devido a outra condição clínica*):
 - **1. Humor deprimido** na maioria dos dias, quase todos os dias (ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (*nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável*);

2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);

3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (ex.: alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (*nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado*);

4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);

6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias;

7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);

8. Capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);

9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio;

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ex.: droga) ou outra condição médica.

TRANSTORNOS MENTAIS MAIS COMUNS NO PUERPÉRIO:

- **DISFORIA PÓS-PARTO (Puerperal Blues):** Fenômeno extremamente comum e considerado fisiológico por alguns autores.
- Até 85% das puérperas descrevem algum grau de tristeza ou humor depressivo nos primeiros dias pós-parto.
- Incidência diminui a partir do décimo dia pós-parto.
- Sintomas depressivos são mais leves e não chegam a comprometer social e a relação da mãe com o recém-nascido.
- Remissão espontânea (caso sintomas persistirem e piorarem, pode tratar-se de Depressão Puerperal).

DEPRESSÃO PUERPERAL:

Fatores de Risco:

- Idade (mulheres muito jovens e de mais idade);
- Companheiros não colaborativos do ponto de vista prático e emocional;
- Depressão na gestação;
- Histórico de depressão prévia.

Sintomas:

- Semelhantes aos sintomas dos quadros depressivos em outros momentos do ciclo reprodutivo da mulher;
- Inicia-se geralmente com sintomas de ansiedade, inquietude e insônia;
- **HUMOR DEPRIMIDO, ANEDONIA E ANSIEDADE SÃO ELEMENTOS ESSENCIAIS NO DIAGNÓSTICO DESSE TRANSTORNO;**
- É mais frequente a presença de ideias delirantes, alucinações, labilidade emocional e desorientação espaço-sensorial;
- Sintomas devem estar presentes por pelo menos 3 semanas para o diagnóstico;

- Quadro depressivo de moderado a grave;
- Início insidioso após a segunda ou terceira semana pós parto;
- Acorre entre 10 até 15 % das puérperas;
- Para 60% das mulheres acometidas representa seu primeiro episódio de depressão;
- Se não tratada pode evoluir para depressão crônica ou quadro depressivo com duração de até vários anos ou décadas.

Psicose Puerperal

- Entre os quadros psiquiátricos mais graves desse período;
- Não existe qualquer modelo teórico definitivo para explicar alterações de humor ou presença de sintomas psicóticos durante o puerpério;
- Predomínio de confusão mental, desorientação espaçotemporal;
- Início após primeiras 48 horas após o parto. Podem ocorrer quadros tardios até 6 meses depois;
- Tratamento realizado em internação psiquiátrica;
- Mais comum em mulheres que apresentam TAB ou Esquizofrenia.

POR QUE TRATAR OS TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO?

- Aparecimento de quadros de ansiedade patológica durante a gestação, como o Transtorno do Pânico. Associa-se a aborto espontâneo, descolamento de placenta, parto prematuros, baixo peso ao nascimento, partos vaginais instrumentais, baixo índice de APGAR nos recém-nascidos e problemas de adaptação neonatal;

- Uma vez que a mulher grávida pode ser considerada como o ambiente físico e psicológico para o feto em desenvolvimento, qualquer alteração no seu funcionamento pode ter um efeito potencial sobre o feto e a futura criança;
- Há evidências consideráveis do impacto negativo do **consumo de entorpecentes**, de **álcool e tabaco** pela grávida, da falta de assistência pré-natal e da desnutrição, que podem ocorrer quando um Transtorno Psiquiátrico não é adequadamente tratado;

- Os autores argumentam que a exposição a níveis elevados de catecolaminas e cortisol da mãe deprimida durante a gravidez pode ter tanto um efeito direto quanto indireto sobre o desenvolvimento neurocomportamental do neonato;
- Os níveis elevados de catecolaminas e cortisol da mãe (que ocorre no caso de depressão) têm impacto direto nos níveis de hormônios do feto e podem influenciar o fluxo sanguíneo uterino, afetando o desenvolvimento neural fetal;

- Por sua vez, as crianças podem desenvolver retraimento (expressão afetiva de baixa intensidade e pouco variada e baixo nível de atividade) ou comportamento hiperativo (tendência irritável e alto nível de atividade), resultando em uma barreira de estímulos que bloqueia a estimulação inadequada da mãe (Lundy et al., 1999).

COMO TRATAR?

- Tratamento deve envolver toda equipe de ESF e o CAPS do Município;
- Em caso de ausência de CAPS pode ser realizado na Unidade Básica com apoio do NASF;
- Fundamental envolver a família no tratamento;
- Grupoterapia com profissional psicólogo(a) geralmente reduz necessidade do uso de medicamentos em quadros leves a moderados;

- Quadros de moderados a graves necessitam do uso de antidepressivos (Sertralina ou Amitriptilina).
- Essencial que não haja preconceito e estigma por parte da equipe de saúde da família ao uso de medicamentos na gestação e puerpério para que o tratamento tenha sucesso.

COMO PREVENIR?

- **REDE CEGONHA:** Apesar de não abordar especificamente problemas em Saúde Mental em suas normativas, acredito que no quesito de assistência integral à mãe desde a gestação até puerpério e para o bebê nos primeiros 24 meses, a prevenção de problemas de saúde mental pode e deve ser tida como subentendida no momento em que não podemos separar a saúde física da mental, principalmente nessa população;
- Em países como o Canadá é realizada triagem para depressão dentro do protocolo de pré-natal, o que não acontece no Brasil;

- Fundamental a abordagem do tema dentro de grupos de gestantes nas Unidades Básicas de Saúde, porque de forma alguma irá aumentar os casos de depressão puerperal, e sim diminuí-los já que poderão ser prevenidos;
- **Dentre as primeiras consultas pré-natais SEMPRE questionar se a gestante já teve depressão ou se já fez uso de antidepressivos e, em caso positivo, mapeá-las deixando a equipe (principalmente as ACSs) em vigilância para mudanças de comportamento nesses casos;**

- Orientar tanto a gestante como a família sobre os riscos, nos casos de presença de doença psiquiátrica previamente a gestação;
- **NUNCA INTERROMPER MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE FORMA ABRUPTA;**

- **EXISTEM ESTUDOS QUE SUGEREM QUE O PARTO NORMAL E HUMANIZADO PODE PREVENIR INCLUSIVE A DEPRESSÃO PÓS PARTO.** Mais uma forma de proteção à saúde mental dessa população dentro da política da Rede Cegonha;
- **Existem instrumentos de rastreamento de depressão pós-parto em mulheres com fatores de risco para depressão e que podem auxiliar profissionais não médicos na identificação de situações de risco.**

ESCALA DE EDIMBURGO:

- Questionário que pode ser aplicado por toda equipe multiprofissional;
- Seria uma boa ferramenta para ser aplicada também nos grupos de gestantes e puérperas;
- É um instrumento de triagem (não faz diagnóstico, mas pode ser usado em puérperas que apresentam histórico prévio de depressão ou que já fizeram uso de medicamentos psiquiátricos antes ou depois da concepção);
- Aplicada após 4 semanas de puerpério;
- Pode ser usada como instrumento de rastreamento de depressão puerperal ou pós-parto. Em caso de pontuação maior igual a 10, essa paciente deve ser avaliada pelo médico da família ou solicitada ajuda do NASF. Se necessário, encaminhamento ao CAPS do Município.

Tabela 2 - Escala de Edimburgo

Como você está se sentindo? Você teve um bebê recentemente e gostaríamos de saber como você está se sentindo nesse momento. Por favor, marque com um "X" a resposta que mais se assemelha ao que você tem sentido nestes últimos 7 dias, não apenas ao que você está sentindo hoje. Nos últimos sete dias:

<p>1) Eu me sinto apta para rir e ver o lado engraçado das coisas:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Da mesma maneira que sempre conseguib) Menos do que antesc) Muito menos do que antesd) Nunca	<p>2) Eu tenho procurado ver o lado divertido das coisas:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Como eu sempre fizb) Menos do que eu costumava fazerc) Muito menos do que o usuald) Dificilmente
<p>3) Eu tenho me culpado desnecessariamente quando as coisas não dão certo:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Não muito freqüentec) Sim, às vezesd) Sim, na maior parte do tempo	<p>4) Eu tenho me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão justificável:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Dificilmentec) Sim, às vezesd) Sim, com muita freqüência
<p>5) Eu tenho sentido medo ou pânico sem nenhuma razão justificável:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Não, não muitoc) Sim, às vezesd) Sim, freqüentemente	<p>6) Tenho dificuldade em lidar com as coisas:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Não, eu costumo enfrentá-las como de costumeb) Não, na maior parte do tempo eu consigo enfrentá-lasc) Sim, às vezes eu não consigo enfrentá-lasd) Sim, na maior parte do tempo eu não consigo enfrentá-las
<p>7) Eu me sinto tão infeliz que tenho dificuldade para dormir:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Raramentec) Sim, às vezesd) Sim, na maior parte do tempo	<p>8) Eu me sinto triste ou infeliz:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Raramentec) Sim, às vezesd) Sim, na maior parte do tempo
<p>9) Eu tenho me sentido tão infeliz que começo a chorar:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Apenas ocasionalmentec) Sim, às vezesd) Sim, na maior parte do tempo	<p>10) O pensamento de causar dano a mim mesma ocorreu:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nuncab) Raramentec) Sim, às vezesd) Sim, na maior parte do tempo

CONCLUSÃO

- Como profissionais de saúde dentro do SUS devemos sempre preconizar a prevenção e detecção precoce de patologias sendo que os Transtorno Mentais não devem ser deixados de fora;
- Problemas psiquiátricos graves podem e devem ser evitados. Vivemos em uma realidade de SUS de superlotação dos leitos psiquiátricos remanescentes, sendo que, podemos evitar quase que a totalidade das internações psiquiátricas com uma rede forte de Atenção Básica em saúde mental.

- Desfechos graves como suicídio e infanticídio podem ser evitados no momento em que prestamos atenção à saúde mental de nossas gestantes;
- Protegendo a gestante estamos protegendo o recém-nascido e prevenindo problemas de aprendizado e comportamento na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CORDIOLI, Aristides Volpato et al. *Psicofármacos: Consulta Rápida*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BOTEGA, José Neury et al. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. 4. Ed. Campinas: Artmed, 2017.
- SÃO PAULO (Estado), Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **Manual Técnico do Pré Natal e Puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf>.
- ROY-BYRNE PP. **Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment**. Waltham (MA): UpToDate; 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depression-prevention-and-treatment>>.
- BRASIL, Senado Federal. Secretaria de Editoração e Publicações. *Neurociências e Educação na Primeira Infância*. Mesa Diretora Biênio 2017/2018. Brasília, 2017.
- LECKMAN, James F; SWAIN, James E; TASGIN, Esra; MAYES, Linda C; FELDMAN, Ruth; CONSTABLE, Todd R. **Maternal Brain response to own baby cry is affected by cesarean section delivery**. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 October ; 49(10): 1042–1052. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x.
- MALDONADO, Maria T. *Psicologia da Gravidez*. Ed Jaguatirica Digital, 2013.

teresa.schaidhauer@gmail.com

OBRIGADA!

Perguntas e respostas

Avalie a webpalestra de hoje:

<https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS652>