

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM SOBRE A MEDICINA



Volume 2

Organizador:

Guillermo Alberto López

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM SOBRE A MEDICINA



Volume 2

Organizador:

Guillermo Alberto López

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Editora Omnis Scientia

**SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI:
UMA ABORDAGEM SOBRE A MEDICINA**

Volume 2

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Prof. Dr. Guillermo Alberto López

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaloneo

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde pública no século XXI [livro eletrônico] : uma abordagem sobre a medicina: volume 2 / Organizador Guillermo Alberto López. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. 71 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-73-5

DOI 10.47094/978-65-88958-73-5

1. Medicina – Pesquisa – Brasil. 2. Política de saúde – Brasil.
3. Saúde pública. I. López, Guillermo Alberto.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Uma das principais finalidades da Saúde Pública é promover a través de programas de prevenção, promoção e proteção o bem-estar da sociedade. Em pleno século XXI, há uma tendência no crescimento de doenças relacionadas a pobreza e aumento de enfermidades não transmissíveis (crônicas e degenerativas) como câncer, doenças cardíacas, vasculares e diabetes, também as lesões provocadas por traumas, acidentes e violência social.

Os avanços tecnológicos proporcionaram mecanismos para o diagnóstico e tratamento das doenças, elevando a sobrevivência dos pacientes, porém, o acesso a esses benefícios, foram distribuídos de forma desigual. Para que haja um atendimento de excelência é necessário que as políticas públicas implementadas por cada governo tenham em conta o equilíbrio entre o físico, o biológico e o social.

Temos uma nova realidade que exige a aplicabilidade de forma multidisciplinar na área de saúde, com foco no paciente. Isto leva o profissional de saúde a ter uma qualificação mais complexa e ampla, com visão não só no assistencial mais também no social e de promoção à saúde.

Isto nos leva a refletir: o que devemos esperar da saúde pública no século XXI? Cabe a nós como cidadãos e partícipes cobrar e exigir a melhoria constante das políticas implementadas pelos governos, e a implementação de programas para uma melhor qualidade de vida da população.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 2, intitulado “AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPIA A LONGO PRAZO COM CETAMINAS PARA PACIENTES COM DEPRESSÃO REFRACTÁRIA”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NO SÉCULO XXI

Filipe Evangelista Silva Santos

Amanda de Castro Villela

Bárbara Stéphanie de Macedo Guedes

DOI: 10.47094/978-65-88958-73-5/10-16

CAPÍTULO 2.....17

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPIA A LONGO PRAZO COM CETAMINA PARA PACIENTES COM DEPRESSÃO REFRATÁRIA

Victória Augusta de Andrade Chaves

Thais Mayumi Komatsu Fukuchi

Rogério Saad Vaz

Tânia Zaleski

Luiz Fernando Petry Filho

Fabício Grenteski

DOI: 10.47094/978-65-88958-73-5/17-30

CAPÍTULO 3.....31

VASCULITE URTICARIFORME: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Larissa Caroline Rodrigues

Nathália Vieira Tavares

Bruna Albernaz Costa Couto

Gabriela Teixeira Lima

Giovanna Luisa Martins Vargas

Letícia Prieto Trindade

Rafael Marcos Dias Costa

Hellen Kristina Magalhães Brito

Ana Cecília Gonçalves Vilela Costa

Thales Silva Ferreira

Larissa Botelho de Mendonça Santos

Julia Santos Ribeiro

DOI: 10.47094/978-65-88958-73-5/31-40

CAPÍTULO 4.....41

COMPLICAÇÕES HERNIÁRIAS ABDOMINAIS INTERNAS SECUNDÁRIAS EM GESTANTES APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO DE INTEGRATIVA

Raquel Neres Magalhaes

Juliano Alcântara da Silva Lavezzo

Matheus Ribeiro Cèzar

Vinicius Alves Veloso da Silva

Queila Naiane Passos Ribeiro Fais

Fabiana Cândida de Queiroz Santos Anjos

Priscila Ferreira Barbosa

DOI: 10.47094/978-65-88958-73-5/41-47

CAPÍTULO 5.....48

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PERIPARTO

Ana Júlia Nascimento dos Santos

Pedro Eugênio Araújo Coelho

Paloma Luna Maranhão Conrado

Valda Lúcia Moreira Luna

Pauliana Valéria Machado Galvão

Marcelo Ferreira Leite

George Alessandro Maranhão Conrado

DOI: 10.47094/978-65-88958-73-5/48-58

CAPÍTULO 6.....59

**CARACTERIZAÇÃO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA DOENÇA DE KIENBÖCK:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Mayra da Rocha Santos Freire

Thiago Rodrigues Lisboa

Wilcler Hott Vieira

Aline Prates Correia

Kawan Moreira Santana

Raério Rocha Leite

Ariel de Almeida Franco

Isis e Silva Teixeira

Sérgio Silva de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-88958-73-5/59-68

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PERIPARTO

Ana Júlia Nascimento dos Santos¹;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/3190513722971921>

ORCID ID: 0000-0002-2041-381X

Pedro Eugênio Araújo Coelho²;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0583810852030920>

ORCID ID: 0000-0001-7126-4079

Paloma Luna Maranhão Conrado³;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/6363954282086550>

ORCID ID: 0000-0001-8828-667X

Valda Lúcia Moreira Luna⁴;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/5057542165097998>

ORCID ID: 0000-0002-1810-7565

Pauliana Valéria Machado Galvão⁵;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0176106507905120>

ORCID ID: 0000-0002-4418-218X

Marcelo Ferreira Leite⁶;

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/3074818687244305>

ORCID ID: 0000-0002-5209-864X

George Alessandro Maranhão Conrado⁷.

Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/7790433043049357>

ORCID ID: 0000-0001-6649-577X

RESUMO: O ciclo gravídico-puerperal é considerado uma fase de grandes transformações na trajetória existencial da mulher. A transição para esse novo papel – mãe é tortuosa e resulta em maior suscetibilidade às doenças psiquiátricas. Dentre os transtornos psiquiátricos associados ao parto, destacam-se a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto. A etiopatogenia dos transtornos psiquiátricos na gestação é complexa e envolve uma interação entre fatores psicológicos, sociais, biológicos, genéticos e ambientais. A variação fenotípica desses distúrbios requer uma abordagem cautelosa para investigação e planificação do tratamento. Os objetivos do tratamento desses transtornos são reduzir os sintomas maternos e melhorar a relação materno-infantil e familiar. A psicoterapia possui evidências positivas em todos os âmbitos e deve ser considerada, embora nem sempre seja suficiente. Todavia, a inserção do tratamento medicamentoso é tema de discussão, considerando os possíveis efeitos adversos que podem acometer o bebê, tanto na gestação, quanto na lactação, apesar de ser notória a sua necessidade, especialmente em casos moderados e graves. De todo modo, os riscos e benefícios de cada opção terapêutica devem sempre ser considerados. Devido à importante morbidade dessas doenças, é imprescindível que haja maior conhecimento do tema por parte dos profissionais de saúde, de modo que haja identificação precoce e tratamento adequado. Este capítulo visa abordar as evidências mais atuais sobre aspectos relevantes acerca de depressão periparto, blues puerperal, psicose pós-parto e ansiedade pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: Ciclo gravídico-puerperal. Transtornos psiquiátricos. Transtornos periparto.

PERIPARTUM PSYCHIATRIC DISORDERS

ABSTRACT: Pregnancy-puerperal cycle is considered a phase of great transformations in the existential trajectory of women. The transition to this new role - mother - is tortuous and results in greater susceptibility to psychiatric illnesses. Among the psychiatric disorders associated with childbirth, puerperal dysphoria, postpartum depression and postpartum psychosis stand out. Psychiatric disorders etiopathogenesis in pregnancy is complex and involves an interaction between psychological, social, biological, genetic and environmental factors. The phenotypic variation of these disorders requires a cautious approach to investigation and treatment planning. The goals of treating these disorders are to reduce maternal symptoms and improve maternal-infant and family relationships. Psychotherapy has positive evidence in all spheres and should be considered, although it is not always sufficient. However, the insertion of drug treatment is a matter of discussion, considering the possible adverse effects that may affect the baby, both during pregnancy and lactation, despite its notorious need, especially in moderate and severe cases. In any case, the risks and benefits of each therapeutic option must always be considered. Due to the significant morbidity of these diseases, it is essential that health professionals have greater knowledge of the topic, allowing an early identification and adequate treatment. This chapter aims to address the most current evidence on relevant aspects of peripartum depression, puerperal blues, postpartum psychosis, and postpartum anxiety.

KEY-WORDS: Pregnancy-puerperal cycle. Psychiatric disorders. Peripartum disorders.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é considerado uma fase de grandes transformações na trajetória existencial da mulher. As mudanças fisiológicas e anatômicas da gravidez, parto e puerpério, somadas às transformações psicológicas e sociais que ocorrem nesse período, resultando em maior suscetibilidade aos conflitos e dificuldades e podendo refletir direta e/ou indiretamente na saúde mental das mulheres (CARVALHO et al., 2019).

O parto é um poderoso gatilho de doença psiquiátrica e possível causa de morbidade e mortalidade no período periparto. Nesse sentido, o suicídio configura-se como uma das principais causas de morte materna (STEWART; GADAMA; KERRY, 2019). Dentre os transtornos psiquiátricos (TP) associados ao parto, destacam-se disforia puerperal, transtornos de ansiedade e depressão pós-parto (DPP) devido à alta prevalência, e psicose pós-parto devido à gravidade do quadro e a importância de uma intervenção precoce. É imprescindível que os profissionais da Atenção Básica tenham conhecimento destes distúrbios para otimizar o seu diagnóstico e tratamento (STEWART; VIGOD, 2019).

Nesse aspecto, as alterações hormonais do período gravídico-puerperal são, ao que se acredita, o fator de maior influência nas mudanças de humor do puerpério (TRIFU; VLADUTI; POPESCU, 2019). Para além dos fatores hormonais, a transição para a maternidade é marcada por importantes modificações psicológicas e sociais. Neste período, há a necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, com súbito aumento de responsabilidade, implicando muitas vezes em privação de sono e isolamento social. Além disso, a reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina compõem essa fase. Portanto, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de TPs (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Desse modo, este estudo revisa os principais aspectos relacionados aos distúrbios mais importantes com ênfase no quadro clínico, diagnóstico e terapêutico.

METODOLOGIA

O estudo possui abordagem qualitativa, de natureza básica e caráter descritivo e explicativo. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e, para a busca dos artigos na literatura, empregou-se as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), entre Janeiro e Setembro de 2021. Os seguintes descritores e suas combinações foram utilizados nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: “Depressão pós-parto”, “Disforia puerperal”, “Psicose pós-parto” e “Ansiedade pós-parto”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: publicados em português, inglês e espanhol; disponibilizados em texto integral; referentes à temática do capítulo; publicados e indexados nas referidas bases de dados nos últimos 5 anos.

Ressalta-se que, por se tratar de revisão de literatura, é dispensada a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Disforia Puerperal

A disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros psiquiátricos puerperais e não é considerada uma condição patológica (GERLI et al., 2019). Entretanto, configura-se como um fator de risco definido e importante para a DPP, podendo agravar os seus sintomas, prejudicar as interações e cuidados com o recém-nascido (RN), e afetar o desenvolvimento infantil. Sua prevalência varia de 13,7% a 76,0% em 26 estudos, sendo estimado em aproximadamente 39,0%, sendo mais prevalente no continente africano e em países de baixa e média renda (REZAIE-KEIKHAIE et al., 2020).

Suas causas são desconhecidas, mas acredita-se que as mudanças hormonais após o parto sejam responsáveis pelo seu desencadeamento (NTAOUTI et al., 2018; REZAIE-KEIKHAIE et al., 2020). Os fatores de risco mais associados ao desenvolvimento deste quadro são baixa escolaridade, menor nível socioeconômico, multiparidade, falta de planejamento gestacional, histórico de distúrbio do sono e história prévia de DPP; enquanto o parto normal revelou-se fator de proteção (GERLI et al., 2019; ANDRADE et al., 2017).

Os sintomas geralmente se iniciam na primeira semana até dez dias após o parto, atingem um pico entre três e cinco dias do pós-parto e sofrem remissão espontânea em média dez a doze dias depois. Seu quadro clínico inclui instabilidade de humor, choro fácil, sensibilidade elevada, pensamento negativo e falta de confiança, sendo a base do seu diagnóstico (NTAOUTI et al., 2018). O Escore de Edimburgo, a escala de Stein e a escala de Kennerly e Gath Blues são ferramentas que auxiliam a identificação deste transtorno (REZAIE-KEIKHAIE et al., 2020).

Por se tratar de um quadro leve e autolimitado, mulheres com disforia puerperal não necessitam de intervenção farmacológica, tem resolução espontânea e podem ser tratadas com validação, educação, segurança e apoio psicossocial. As pacientes ainda devem ser cuidadosamente avaliadas quanto a paranóia, ideação suicida ou infanticida. Além disso, deve-se buscar ajuda domiciliar para garantir que a puérpera durma o suficiente. Se a insônia persistir, a mãe deve ser reavaliada quanto ao risco de progressão para depressão maior e pode-se recomendar terapia farmacológica e qualquer abordagem psicoterápica (BALARAM; MARWAHA, 2021).

Depressão Pós-Parto (DPP)

DPP é definida como um episódio de depressão maior temporalmente associado com o nascimento de um RN. Na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), essa terminologia foi alterada para depressão periparto, pois cerca de 50% destes casos começam antes do nascimento (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Sua prevalência pode variar entre 7,0 e 13,0% em países de alta renda e mais de 20,0% em alguns países de baixa ou média renda (STEWART; VIGOD, 2019). No Brasil, estima-se que mais de 25,0% das mulheres entre 6 e 18 meses após o parto desenvolvem a DPP (THEME FILHA et al., 2016). Contudo, este não é um fenômeno exclusivo da mulher, podendo ocorrer entre os pais numa prevalência média de 8,4% e fatores de risco semelhantes à DPP materna (STEWART; VIGOD, 2019).

Geralmente, o quadro se inicia entre duas semanas e três meses após o parto. A clínica corresponde aos sintomas da depressão maior, como fadiga, distúrbios do sono e do apetite, ansiedade, pensamento na morte e ideação suicida. É importante analisar se a mãe consegue dormir quando a criança está dormindo e se a fadiga persiste após o repouso, pois isso ajudará a estabelecer se os sintomas serão patológicos apesar de inespecíficos. Também é necessário observar a relação da mãe com o bebê, pois a vontade súbita de prejudicá-lo pode estar presente (MELTZER-BRODY et al., 2018).

Não obstante, o mecanismo fisiopatológico desta condição é complexo e não está totalmente esclarecido. Acredita-se que estão envolvidos fatores biológicos, hormonais, genéticos e imunológicos. Sensibilidade e flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona no período pós-parto e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovários são relacionados com sua gênese (STEWART; VIGOD, 2019).

Uma possível explicação é que a progesterona e seu metabólito cerebral (alopregnanolona) parecem diminuir a irritabilidade e durante a gravidez o humor da mulher está melhor. Após o parto, ocorre a queda na produção deste hormônio e os ovários só retomam sua produção no primeiro ciclo menstrual, o que pode gerar um desequilíbrio temporário. Além disso, há a queda do estradiol, hormônio que contribui para a melhora da síntese e transmissão e diminuição da recaptação da serotonina, aliviando assim os sintomas depressivos. Embora os níveis hormonais absolutos possam não diferir em mulheres com este transtorno, a sensibilidade às flutuações desses hormônios pode ser diferente a nível cerebral (PAYNE; MAGUIRE, 2019).

Para além da questão hormonal, importantes evidências estão surgindo sobre a contribuição genética na DPP. Tanto variações cromossômicas quanto metilações epigenéticas induzidas pelo estrogênio estão envolvidas, e estudos genômicos estão cada vez mais próximos de elucidar essa questão (STEWART; VIGOD, 2019).

Outro fator potencialmente implicado na sua gênese é a perturbação do sono, característica universal da gravidez, porém isso tem sido negligenciado no estudo dos mecanismos da DPP (MELTZER-BRODY et al., 2018).

Os fatores de risco implicados no seu desenvolvimento são história pessoal e/ou familiar de patologia depressiva prévia, baixo suporte social, presença de eventos estressantes e adversos na gravidez, como complicações obstétricas e patologias maternas, bem como dificuldades financeiras no pós-parto e de estresse no cuidado com a criança (FERREIRA et al., 2018; STEWART; VIGOD, 2019).

Apesar dos avanços na identificação e no tratamento de transtornos psiquiátricos, a DPP permanece subdiagnosticada e mal compreendida. As maiores dificuldades se baseiam na oportunidade do diagnóstico e nas ferramentas utilizadas (FALANA; CARRINGTON, 2019). Nesse aspecto, o Escore de Edimburgo é o instrumento mais empregado para o seu rastreo, sendo que mulheres com pontuação acima de 12 devem ser fortemente consideradas para depressão maior pós-parto. No entanto, há um grande desafio quanto a variação no ponto de corte utilizado para definir a presença de sintomatologia depressiva, onde alguns países consideram 10 e outros 14 (MORAES et al., 2017; FERREIRA et al., 2018). A recomendação é de que em algum momento do período perinatal se rastreie depressão e ansiedade (LANGAN; GOODBRED, 2016).

Os transtornos de humor perinatais também estão associados a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, parto prematuro, comprometimento do vínculo materno-infantil, desnutrição infantil durante o primeiro ano de vida e efeitos negativos significativos no desenvolvimento infantil, incluindo baixo Quociente de Inteligência (QI), problemas de linguagem e comportamento. Crianças expostas à depressão peripartotêm níveis de cortisol mais altos do que aquelas de mães não deprimidas, e isso se mantém até a adolescência. Porém, o tratamento materno da depressão durante a gravidez pode ajudar a normalizar os níveis de cortisol nos bebês. Ademais, o suicídio materno devido a transtornos de humor é uma das principais causas de mortalidade materna, sendo responsável por até 20,0% de todas as mortes no pós-parto (PAYNE, 2019).

Finalmente, o tratamento baseia-se principalmente em dois pilares: psicoterapia e o uso de medicamentos antidepressivos. No entanto, um manejo eficaz requer uma abordagem abrangente e multidisciplinar. Estratégias para melhorar o suporte social e a qualidade do sono, além da prática de exercícios aeróbios devem ser considerados (STEWART; VIGOD, 2019). De modo geral, a depressão leve a moderada deve ser tratada com psicoterapia ou inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), enquanto para a depressão moderada a grave deve-se considerar a combinação dessas terapias (FALANA; CARRINGTON, 2019; LANGAN; GOODBRED, 2016; STEWART; VIGOD, 2019).

As mulheres podem ser incentivadas a amamentar enquanto em uso de ISRS, pois o risco de amamentar é relativamente baixo. Não obstante, deve-se sempre avaliar a menor dose necessária (MUGHAL; AZHAR; SIDDIQUI, 2019). As crianças devem ser monitoradas para sedação, dificuldade de alimentação e de sono, embora esses efeitos colaterais sejam incomuns (PAYNE, 2019). Os possíveis efeitos adversos sobre os lactentes (irritabilidade, sedação, baixo ganho de peso, desmame) *versus* os desfechos negativos sobre o desenvolvimento das crianças de mães não-tratadas devem ser pesados na escolha do tratamento (MUGHAL; AZHAR; SIDDIQUI, 2019).

Ansiedade Pós-Parto

Este transtorno é frequentemente comórbido com a DPP, porém é menos conhecido e estudado. Taxas precisas da prevalência são difíceis de determinar, porém estudos recentes apontam um índice entre 8,0% e 12,0% das parturientes com este desfecho, sendo o transtorno de ansiedade generalizado (TAG) e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) as apresentações mais comuns. Seu quadro clínico é mais frequentemente caracterizado pelos mesmos sintomas envolvidos

em transtornos de ansiedade que ocorrem fora do ciclo gravídico-puerperal. Isso inclui preocupação excessiva ou incontrolável, quando associada ao TAG, e pensamentos, impulsos ou comportamentos intrusivos, quando associados ao TOC (PAWLUSKI; LONSTEIN; FLEMING, 2017).

Em relação ao tratamento, estudos sobre o uso de ansiolíticos durante a gravidez têm sido contraditórios. O uso de benzodiazepínicos foi associado a relatos de casos de toxicidade perinatal, incluindo desregulação da temperatura, apnéia, diminuição dos escores APGAR, hipotonia e má alimentação. Por sua vez, bebês expostos a um ISSR em combinação com um benzodiazepínico podem ter uma incidência maior de defeitos cardíacos congênitos. Dadas as consequências dos sintomas psiquiátricos não tratados para mulheres e crianças, é importante pesar riscos e benefícios, especialmente naquelas mulheres com sintomas graves de ansiedade e distúrbios do sono (MELTZER-BRODY et al., 2018).

Por fim, ignorar a ansiedade em mulheres em idade reprodutiva é um sério problema de saúde pública, porque uma história de ansiedade antes ou durante a gravidez é um dos mais fortes preditores de ansiedade grave pós-parto ou DPP. Assim, detectar e tratar a ansiedade no período periparto pode ajudar a prevenir DPP (PAWLUSKI; LONSTEIN; FLEMING, 2017).

Psicose Puerperal

Este distúrbio tem uma incidência que varia de 0,9 a 2,6 casos por 1.000 mulheres, sendo relativamente incomum quando comparada a outros transtornos psiquiátricos. Entretanto, sua diferenciação e gravidade de suas consequências necessitam de atenção especial. A psicose puerperal aumenta o risco de episódios psicóticos futuros não relacionados à gravidez e é um indicador crítico de um diagnóstico latente de transtorno bipolar, além de aumentar o risco de suicídio e infanticídio (VANDERKRUIK et al., 2017).

Alguns fatores de risco são estreitamente associados a este desfecho, sendo os mais comuns a sua ocorrência anterior e diagnóstico prévio de transtorno bipolar. Destarte, o seu risco aumenta para 14,0% em mulheres com história prévia, 25,0% em mulheres com transtorno bipolar e 50,0% em mulheres com histórico de transtorno bipolar e histórico familiar de psicose (STEWART; GADAMA; KERRY, 2019).

Nesse contexto, o início do quadro clínico ocorre entre 3 e 10 dias após o nascimento. A internação psiquiátrica geralmente ocorre dias ou semanas após o início dos sintomas. Precedendo o quadro podem haver sinais prodrômicos, como insônia, flutuação de humor, irritabilidade, surgimento de mania, depressão ou um estado misto. Embora as flutuações rápidas de humor sejam uma marca registrada da doença, as mulheres com diagnóstico prévio de transtorno bipolar que sofrem de psicose puerperal costumam ter sintomas atípicos (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016).

Podem ser observados: humor exaltado, disfórico ou lábil; agitação; comportamento bizarro e/ou desorganizado; insônia; delírios incongruentes de humor e alucinações; delírios de controle, com conteúdo muitas vezes relacionado ao bebê ou a si mesmo (VANDERKRUIK et al., 2017).

Além disso, a duração do episódio gira em torno de um mês para mulheres com características maníacas, sendo mais longo em pacientes com características mistas ou deprimidas, com duração média de dois meses e meio. Esses marcos temporais são semelhantes à duração mediana dos episódios em pacientes com transtorno bipolar (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016).

Diante de um quadro de psicose puerperal é de extrema importância excluir causas secundárias potencialmente tratáveis. Para isso, deve-se obter um perfil metabólico abrangente, hemograma completo, TSH, T4 livre, anticorpos TPO, nível de amônia e urinálise; realizar triagem de substâncias de abuso que podem apresentar sintomas psicóticos secundários à intoxicação ou abstinência; e, por fim, considerar imagens cerebrais, análise do LCR e encefalite límbica, se sintomas neurológicos presentes (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016).

Com isso, após um episódio psicótico puerperal, a mulher pode evoluir seguindo um dos dois cursos da doença: (1) evento isolado (vulnerabilidade à psicose afetiva somente após o nascimento), correspondendo entre 20,0% e 50,0% das mulheres, ou (2) psicose puerperal como uma expressão de transtorno de humor bipolar com episódios não perinatais, com chance de 50,0% a 80,0% de desenvolver outro episódio psiquiátrico grave, geralmente dentro do espectro bipolar (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016).

Assim sendo, o quadro de psicose puerperal corresponde a uma urgência médica. O bebê deve ser protegido e nunca deixado sozinho com a mãe. A internação psiquiátrica é o ambiente de tratamento recomendado devido ao risco de danos à mãe e ao bebê (TINKELMAN; HILL; DELIGIANNIDIS, 2017).

Dessa forma, as evidências suportam especialmente a terapêutica com lítio, antipsicóticos e eletroconvulsoterapia. O lítio em monoterapia é a intervenção inicial preferida para a psicose puerperal e se mostrou altamente eficaz no tratamento agudo, bem como no tratamento de manutenção. As pacientes com esse tratamento tiveram uma taxa substancialmente menor de recidiva em comparação com aquelas que receberam monoterapia com antipsicóticos. O regime de tratamento inclui a administração de benzodiazepínicos de curta ação, antipsicóticos e lítio, com monitoramento da resposta. Essa sequência é projetada para promover o sono, conduzir a psicose e estabilizar o humor, respectivamente (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016).

Além disso, deve ser feita uma terapêutica de manutenção com lítio durante os primeiros seis a nove meses após o parto. Nas mulheres que apresentam apenas episódios pós-parto e que permanecem em remissão clínica completa durante um período de baixo estresse psicossocial, a redução gradual do lítio pode ser considerada. Outrossim, o tratamento antipsicótico se mostrou efetivo em mulheres refratárias ao tratamento de remissão com o lítio. Contudo, a monoterapia antipsicótica não foi protetora para a remissão sustentada do quadro. Outra linha de tratamento em casos específicos é a eletroconvulsoterapia (ECT), que é o tratamento de escolha para pacientes com catatonia, agitação grave ou recusa em comer ou beber (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016).

Para mulheres com um episódio isolado de psicose puerperal, deve-se iniciar a profilaxia farmacológica, de preferência com lítio, imediatamente após o parto. Já em mulheres com diagnóstico prévio de transtorno bipolar, é prudente avaliar o risco-benefício e considerar a continuação da

medicação profilática durante a gestação para manter a estabilidade do humor durante a gravidez. O histórico singular de resposta a tratamentos anteriores apontará a escolha do medicamento (BERGINK; RASGON; WISNER, 2016). Em casos de mulheres que amamentam em uso de lítio, é necessário teratenção para a hidratação do recém-nascido e os níveis de lítio devem ser monitorados periodicamente no bebê (PAYNE, 2019).

Por fim, o uso de estabilizadores de humor, como ácido valpróico e carbamazepina, devem ser desencorajados durante a gravidez devido às altas taxas de malformações associadas a esses medicamentos. Por sua vez, durante a amamentação, tanto o ácido valpróico quanto a carbamazepina são considerados seguros (PAYNE, 2019).

CONCLUSÃO

O puerpério é um momento vulnerável para o aparecimento de doenças psiquiátricas. Com efeito, os transtornos de humor e a ansiedade pós-parto são heterogêneos e podem ser despertados por fatores biopsicossociais, desde mudanças hormonais até modificações no dia a dia e percepção de vida da mulher. A desuniformidade desses distúrbios requer uma abordagem cautelosa para investigação e tratamento, dando uma profunda atenção à história de vida do sujeito e da família, bem como as interferências que estes sofrem do seu meio.

Calcula-se que até 60,0% das mulheres com DPP não buscam ajuda. O estigma, o baixo suporte social e o escasso conhecimento dos profissionais de saúde sobre as doenças psiquiátricas associadas à gestação são alguns dos obstáculos que se colocam no processo de procurar apoio. No entanto, nota-se um avanço nesse aspecto, especialmente quando se analisa o aumento da produção científica a respeito do tema.

A condição desafiadora desses casos é o impasse entre iniciar ou não o tratamento medicamentoso, considerando os possíveis efeitos adversos que podem acometer o bebê, tanto na vida intrauterina como após o seu nascimento, durante a lactação. Embora a literatura sobre a segurança de medicamentos psiquiátricos na gestação e lactação tenha crescido, os dados continuam insuficientes. Nesse ponto, a maioria dos estudos considera seguro o uso de antidepressivos, enquanto o uso de antipsicóticos necessita de maior evidência. Já é consenso sobre os resultados negativos que a doença psiquiátrica traz, tanto para a mãe, quanto para o filho, e que esta deve ser tratada clinicamente (PAWLUSKI; LONSTEIN; FLEMING, 2017).

Nota-se a necessidade de uma ampliação nos estudos a respeito do tema, especialmente quanto aos tratamentos disponíveis e aos riscos e benefícios de inseri-los. Além disso, é primordial que haja maior conhecimento do assunto por parte dos profissionais de saúde que atenderão as gestantes, para que as mesmas se sintam acolhidas e aceitem ajuda e também para que a equipe técnica se sinta capaz de realizar a triagem e a identificação precoce em mulheres de risco. Embora fatores biológicos e hormonais sejam implicados na patogênese dos transtornos, contribuições psicossociais são muito relevantes e devem fazer parte da avaliação e do tratamento. Por fim, é essencial o reconhecimento de que os transtornos psíquicos influenciam na saúde materno-infantil, e é nosso papel ofertar o melhor

acolhimento a essas gestantes.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, M. *et al.* Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 8-13, 2017.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.

BALARAM, K.; MARWAHA, R. **Postpartum Blues**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2021.

BERGINK, V.; RASGON, N.; WISNER, K. L. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. **American Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 12, p. 1179–1188, 2016.

CARVALHO, G. M. *et al.* Transtornos mentais em puérperas: análise da produção de conhecimento nos últimos anos. **Braz J Health Rev**, v. 2, n. 4, p. 3541-3558, 2019.

FALANA, S. D.; CARRINGTON, J. M. Postpartum Depression: Are You Listening? **Nurs Clin North Am**, v. 54, n. 4, p. 561-567, 2019.

FERREIRA, C. *et al.* Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. **Acta Obstet Gynecol Port**, v. 12, n. 4, p. 262-267, 2018.

GERLI, S. *et al.* Obstetric and psychosocial risk factors associated with Maternity Blues. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 34, n. 8, p. 1227-1232, 2019.

LANGAN, R. C.; GOODBRED, A. J. Identification and management of peripartum depression. **Am Fam Physician**, v. 93, n. 10, p. 852-858, 2016.

MELTZER-BRODY, S. *et al.* Postpartum psychiatric disorders. **Nat Rev Dis Primers**, Londres, v. 4, n. 1, p. e18022, 2018.

MORAES, G. P. A. *et al.* Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: quando e como?. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2017.

MUGHAL, S.; AZHAR, Y.; SIDDIQUI, W. **Postpartum Depression**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2021.

NTAOUTI, E. *et al.* Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version

of Kennerley and Gath's blues questionnaire. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 33, n. 13, p. 2253-2262, 2020.

PAWLUSKI, J. L.; LONSTEIN, J. S.; FLEMING, A. S. The Neurobiology of

Postpartum Anxiety and Depression. **Trends Neurosci**, v. 40, n. 2, p. 106-120, 2017.

PAYNE, J. L. Psychopharmacology in Pregnancy and Breastfeeding. **Med Clin NorthAm**, v. 103, n. 4, p. 629-650, 2019.

PAYNE, J. L.; MAGUIRE, J. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. **Front Neuroendocrinol.**, v. 52, p. 165-180, 2019.

REZAIE-KEIKHAIE, K. *et al.* Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 49, n. 2, p. 127-136, 2020.

STEWART, G. H.; GADAMA, L. A.; KERRY, V. Puerperal Psychosis: A brief review and unusual case report. **Malawi medical journal**, v. 31, n. 2, p. 161-163, 2019.

STEWART, D. E.; VIGOD, S. N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. **Annual Review of Medicine**, v. 70, n. 1, p.183-196, 2019.

THEME FILHA, M. M. *et al.* 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.

TINKELMAN, A.; HILL, E. A.; DELIGIANNIDIS, K. M. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 78, n. 9, p.1423-1424, 2017.

TRIFU, S.; VLADUTI, A.; POPESCU, A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. **Acta Endocrinologica (Buc)**, v. 15, n. 3, p. 410-415, 2019.

VANDERKRUIK, R. *et al.* The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. **BMC psychiatry**, v. 17, n. 1, p. e272, 2017.

Índice Remissivo

A

Angustia 17
Ansiedade pós-parto 49, 56
Antidepressivo 18
Anti-hipertensivo 10
Antipsicóticos 18
Apatia 17, 20, 23
Arteriolas 32, 34
Artrose degenerativa 60, 61, 63

C

Capilares 32, 33, 34, 37
Cetamina 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 30
Ciclo gravídico-puerperal 49, 50, 53
Cirurgia abdominal 41
Cirurgia bariátrica 41, 42, 43, 44, 45
Colapso progressivo 60, 61

D

Depressão 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57
Depressão periparto 49, 51
Depressão refratária 17, 23
Desordem na vasculatura 60
Diminuição de força muscular 60, 61, 63
Disforia puerperal 49, 50, 51
Doença de kienböck 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68
Doença inflamatória 32
Doenças psiquiátricas 49, 56
Dores abdominais 41

E

Efeitos antidepressivos 18, 19, 25, 27

F

Fisiopatologia 23, 25, 60, 62, 68

G

Gestantes 41, 43, 45, 56
Gestantes pós bariátrica 42

H

Hernia 42, 46
Hérnia interna (hi) 41
Hi em gestantes 41
Hipertensão arterial sistêmica (has) 10

I

Imunocomplexos 32, 34, 39
Instabilidade do carpo 60, 61, 63

L

Lactação 49, 56
Lei 8080/1990 10

M

Melancolia 17, 20, 23

N

No tratamento da has 10, 14

O

Osso semilunar 60, 62, 63
Osteonecrose do semilunar carpal 60, 61

P

Patologia 32, 33, 39, 52, 61, 62, 64, 66
Programa farmácia popular 10
Psicose pós-parto 49, 50
Psicoterapia 49, 53

Q

Qualidade de vida 6, 10, 15, 43

R

Relação materno-infantil 49
Resposta à cetamina 17

S

Saúde pública 6, 10, 15, 16
Serotonina 18, 21, 23, 52, 53
Serviço público 10
Sintomatologia depressiva 18, 26, 52
Sistema único de saúde (sus) 10, 14

T

Transtornos psiquiátricos associados ao parto 49

U

Unidades básicas de saúde (ubss) 10

Urticária 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40

V

Vasculite leucocitoclástica 32, 33, 34, 37, 39

Vasculite urticariforme 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

Vasos sanguíneos 32, 34, 35, 61

Vênulas pós-capilares 32, 34



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 