

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR - UNIVERSIDADE DO PORTO

# DOENÇA MENTAL NA GRAVIDEZ

---

Artigo de Revisão Bibliográfica

Marta Maria Borja Serafim Silva Esteves

5 de Junho de 2012

**Mestrado Integrado em Medicina**

Orientadora - Prof. Doutora Paula Freitas

**ARTIGO DE REVISÃO**

**Doença Mental na Gravidez**

**Mental Disease in Pregnancy**

Marta Maria Borja Serafim Silva Esteves – ICBAS-UP

Marta\_m\_esteves@hotmail.com

Trabalho efectuado sob a orientação de:

Prof. Doutora Paula Freitas

**Correspondência:**

Marta Maria Borja Serafim Silva Esteves

+351 91 8636830

[Marta\\_m\\_esteves@hotmail.com](mailto:Marta_m_esteves@hotmail.com)

Rua de Monção – Perre nº 319

4925-577 Viana do Castelo

## ÍNDICE

RESUMO: .....	5
ABSTRACT: .....	6
INTRODUÇÃO .....	7
MÉTODOS .....	8
RESULTADOS .....	9
A. A Doença Mental na Gravidez .....	9
A1. Ansiedade na gravidez .....	10
A2. Depressão na Gravidez .....	11
A3. Transtorno de pânico na gravidez.....	12
A4. Transtorno Obsessivo-Compulsivo na Gravidez .....	13
A5. Abuso de substâncias.....	14
A6. Psicose na Gravidez.....	15
B. Fatores de Risco .....	17
C. Complicações na gravidez associada à doença mental.....	18
D. Atitudes terapêuticas .....	20
CONCLUSÃO .....	25
AGRADECIMENTOS.....	26
REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS .....	27
LISTA DE SIGLAS:.....	32

**RESUMO:**

**OBJECTIVO:** Nesta revisão pretende-se abordar a temática da doença mental na gravidez, através da pesquisa bibliográfica de publicações existentes, para que possa constituir instrumento auxiliar de atualização e aperfeiçoamento da prática clínica.

**FONTE DE DADOS:** Base de dados da Pubmed, GOOGLE Scholar e livro de texto especializado.

**MÉTODO:** Foram selecionados 50 artigos, pela leitura do abstract, que correspondiam ao objetivo desta revisão, bem como, outros estudos que permitissem a abordagem geral deste tema.

**RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Com a revisão concluiu-se que a gravidez não é proteção para a doença mental e que existem muitos fatores de risco para o seu desenvolvimento, assim como complicações associadas a sua existência. A prevenção e o tratamento mostram-se portanto essenciais, sendo muitas vezes necessária uma abordagem multiprofissional. Ainda há muito a fazer no campo da doença mental na gravidez. Existem nos dias de hoje alguns artigos relacionados com este tema, contudo não fornecem uma base segura por apresentarem, por vezes, resultados não concordantes.

**PALÁVRAS-CHAVE:** doença mental; descompensação psicopatológica; descompensação emocional, psicose, depressão, ansiedade, gravidez

**ABSTRACT:**

**GOAL:** this review's propose is related with mental disease during pregnancy. Bibliographic research has been done so that this review can be found as an auxiliary tool of update and best practices in clinical practices.

**DATA SOURCES:** *Pubmed* data base, GOOGLE Scholar and specialized text book.

**METHODS:** By the lecture of theirs' abstracts, 50 articles have been selected if their subject matched the propose of this review. Other studies that allowed the inclusion of new information to this theme have also been analysed.

**RESULTS AND MAIN CONCLUSIONS:** with this work it was possible to reach the conclusion that pregnancy does not serve as a protection for mental disease, and that there are many other risk factors for its development, as well as possible complications that could exist. This way, prevention and treatment have critical importance, and many times it is necessary a multiprofessional approach.

There is still a long way to go in the pregnancy's mental disease field, because even if nowadays there are some articles related with this theme, they don't offer a trustable data base, as they often present non fitting results.

**KEY WORDS:** Mental disease, psychopathological decompensation, emotional decompensation, psychosis, depression, anxiety, pregnancy

## INTRODUÇÃO

A gravidez é geralmente considerada um período de bem-estar emocional para a mulher e sua família. No entanto, para muitas mulheres, a gravidez e a maternidade são momentos de maior vulnerabilidade a distúrbios psiquiátricos<sup>1,2,3</sup>.

A taxa de doença mental na gravidez é aproximadamente 14%<sup>4,8</sup>, contudo em muitos casos ela não chega a ser diagnosticada. Assim, a abordagem e tratamento da doença mental na gravidez deve incluir uma atuação multiprofissional com a interação de diversos fatores<sup>6</sup>.

A prevalência de transtornos psiquiátricos em mulheres grávidas salienta a necessidade de um trabalho contínuo para identificar as causas e desenvolver tratamentos eficazes para os transtornos mentais entre mulheres grávidas e no período pós-parto<sup>5</sup>.

O objectivo desta monografia é uma abordagem geral ao tema doença mental na gravidez, através da revisão bibliográfica das publicações existentes, para que possa constituir um instrumento auxiliar de atualização e aperfeiçoamento da prática clínica.

## **MÉTODOS**

O presente trabalho consistiu em uma revisão da literatura a respeito dos principais estudos relacionados com a prevalência de doença mental na gravidez. Para tal, foram consultadas as bases de dados Pubmed e Google Scholar para publicações em inglês, espanhol e português dos últimos dez anos (desde 2002 até Maio 2012), uma vez que os estudos anteriores a estas datas se focavam mais na depressão pós-parto. Foram utilizadas algumas referências datadas anteriormente ao período estabelecido, quando consideradas de especial relevância.

Os termos de pesquisa utilizados para a obtenção dos artigos foram: “pregnancy and mental illness” OU “pregnancy and mental disease” OU “Psychosis and pregnancy” OU “major depression and pregnancy” OU “anxiety and pregnancy” E “prevalence” E “risk factors”. Foram ainda revistas as principais referências bibliográficas dos artigos encontrados e alguns livros especializados.



## RESULTADOS

### A. A Doença Mental na Gravidez

A gravidez é considerada um período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos<sup>1</sup>. Sendo uma fase da vida da mulher que necessita de especial atenção, apresenta inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem influenciar diretamente a saúde mental destas pacientes<sup>1,2,3</sup>.

Os distúrbios psiquiátricos que surgem neste período, além do grande impacto, por vezes duradouro, sobre a saúde da mãe, também podem causar repercussões sérias na sua família, especialmente no cônjuge e, mais importante, exercer efeitos indesejáveis sobre o desenvolvimento psicológico do recém-nascido<sup>4,44</sup>. Assim sendo, o estudo da saúde mental no período gestacional é urgentemente necessário<sup>1</sup>.

Relativamente à incidência de doença psiquiátrica na mulher grávida constatou-se que alguns estudos de revisão (2005) mostraram que o período gravídico-puerperal é uma fase de maior incidência de transtornos psíquicos<sup>6</sup>, enquanto noutros esta fase da vida era um período protegido de doenças mentais. A literatura mais recente refere que a influência e a prevalência de transtornos mentais durante a gravidez é semelhante ao registado em mulheres fora do período gestacional<sup>1,4,7</sup>.

A gravidez não está, por si só, associada a um risco aumentado de aparecimento ou recorrência de transtornos mentais e, existem então condições específicas que aumentam as taxas de transtornos mentais durante a gravidez<sup>1</sup>. É possível que a ideia de que existem taxas elevadas de transtornos mentais entre mulheres grávidas seja explicada pelo contato maior com o médico durante este período, em comparação às não-grávidas, cujos distúrbios podem ser subestimados por falta de diagnóstico<sup>1</sup>.

A noção de que a gravidez é um tempo de alegre expectativa, uma satisfatória experiência para todas as mulheres, foi exposto como um mito. É agora claro que algumas mulheres têm um episódio primeiro episódio de depressão durante a gravidez e

outras com passado de depressão correm o risco de recorrência<sup>19</sup>. Existe um limite estreito entre o normal e o patológico, sendo o diagnóstico destes quadros difícil para o clínico, obstetra ou mesmo psiquiatra<sup>2</sup>.

Estudos clínicos sugeriram que o trimestre de gravidez influenciava a ocorrência de sintomas psiquiátricos, com exacerbação da sintomatologia nos primeiros dois trimestres de gravidez e atenuação dos sintomas durante o terceiro<sup>1</sup>.

### **A1. Ansiedade na gravidez**

Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes de toda patologia psiquiátrica, especialmente entre as mulheres, 30% das quais tem um episódio em alguma parte da sua vida. Cerca 50% a 65% das pacientes com transtorno de ansiedade generalizada tem associado outras co morbilidades, tais como depressão, crises de pânico e agorafobia<sup>32</sup>.

A gravidez pode ser um fator gerador de ansiedade, tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais<sup>6</sup>.

Até ao início do século XXI estudos epidemiológicos obtidos a partir de amostras independentes eram quase consensuais quanto à presença de maior morbilidade para sintomatologia psicopatológica do tipo ansioso e depressivo na gravidez<sup>12</sup>. No entanto, ainda nos dias de hoje este parece ser um tema um pouco ambíguo, não existindo um consenso sobre as percentagens de ansiedade apresentadas na gravidez, variando entre 21,7% e 6,6%, dependendo dos estudos, com prevalência das taxas mais elevadas nos estudos mais recentes<sup>4</sup>.

Assim, parece estar comprovada a existência de uma morbilidade aumentada para sintomatologia ansiógena durante a gravidez, sendo contudo importante referir que a presença de ansiedade é um denominador comum a qualquer processo gravídico. Contudo, em algumas mulheres os níveis estão elevados ao ponto de poderem comprometer o seu estado de saúde, assim como, o do bebé. A presença de níveis de ansiedade acima do limiar, apresenta riscos adversos na saúde e bem-estar da mulher<sup>12</sup>.

Os níveis de estrogénio e progesterona no soro estão aumentados durante a gestação, podendo exacerbar alterações emocionais. Fatores psicológicos têm também um papel importante no desenvolvimento de ansiedade, neste período. Muitas vezes, a gestante tem preocupações relativas à saúde da criança, a alterações no estilo de vida que ocorrem após o nascimento da criança, à sua capacidade para ser mãe, e mesmo a alterações financeiras resultantes desta fase, que proporcionam ambientes de ansiedade. Nos casos em que a gravidez é inesperada ou indesejada, pode ocorrer também um aumento do stress e da ansiedade<sup>32</sup>.

## **A2. Depressão na Gravidez**

A depressão é uma doença mental comum e tratável e a maior causa de incapacidade<sup>10</sup>. Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência de depressão major é duas vezes mais elevada nas mulheres do que nos homens. Não surpreende portanto que a depressão seja uma complicação frequentemente encontrada na gravidez e no pós-parto<sup>24</sup>.

A idade de início da depressão para mulheres varia entre os 20 anos e 30 anos, coincidindo com a idade fértil de vida de uma mulher. Estimou-se que 13% das mulheres grávidas desenvolvem depressão<sup>19</sup>. Estudos de base populacional mostraram que a depressão major é um transtorno incapacitante, tratável, que afeta mais de 12% das mulheres grávidas<sup>10</sup>.

A prevalência no período gestacional varia consoante o grau de desenvolvimento do país, sendo que nos países desenvolvidos a taxa varia entre 10 a 15% e nos países em desenvolvimento é de aproximadamente 20%, embora em alguns países desenvolvidos (Canadá, França e Estados Unidos da América [EUA]) as taxas se apresentaram semelhantes aos países em desenvolvimento<sup>5</sup>.

Grande parte dos investigadores considerou que fatores neurobiológicos e ambientais de predisposição genética, stress agudo e crónico estão implicados no desenvolvimento de depressão major. A qualidade das relações interpessoais, o stress e o histórico psiquiátrico são apontados como tendo um efeito direto sobre os níveis de

sintomas depressivos em mulheres grávidas, enquanto as variáveis biológicas pensa-se que agem indiretamente através do seu efeito sobre a vulnerabilidade<sup>19</sup>.

Embora muitas mulheres relatem ter sintomas negativos durante o período gestacional, o número de pacientes que preenchem os critérios de depressão major é bastante mais reduzido. Um estudo elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) mostrou que a prevalência de depressão minor e major durante a gravidez variou de 8,5 a 11% em diferentes momentos da gravidez, sendo um pouco maior no pós-parto e variando entre 6,5 e 12,9%<sup>39</sup>. A AHRQ concluiu também que a depressão tem maior probabilidade de ocorrer no segundo trimestre da gravidez e no pós-parto do que nas restantes alturas da gestação. Outra meta-análise concluiu que sintomas depressivos (em oposição a depressão clínica) foram mais prevalentes no segundo (13%) e no terceiro (12%) trimestres quando comparados com o primeiro trimestre (7%)<sup>42</sup>.

Crítérios de diagnóstico para depressão minor e major em adultos são descritos em vários lugares. Contudo, a Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-Parto parece ser atualmente mais usada como rastreio pré-natal ou no pós-parto<sup>20</sup>. O PRIME-MD Patient Health Questionnaire é outra opção que foi validada para os pacientes na Ginecologia e na Obstetrícia<sup>21</sup>.

### **A3. Transtorno de pânico na gravidez**

O transtorno de pânico (TP) caracteriza-se por uma súbita e persistente sensação de medo irracional que pode ser provocada pela presença ou antecipação de um objeto ou situação específica. Doença de pânico é mais comum em mulheres adultas do que em homens, e o aparecimento desta doença acontece normalmente entre os 20 e os 30 anos, coincidindo com o pico fértil. São escassos os estudos epidemiológicos na gravidez mas a prevalência do transtorno de pânico na população adulta anda por volta dos 5%<sup>32</sup>. Entre as comorbidades mais comuns do TP está a depressão, sendo que até dois terços dos doentes com esta patologia experimentam depressão major em alguma altura da sua vida<sup>32</sup>.

Relativamente ao TP, constatou-se que das mulheres previamente diagnosticadas

com esta patologia, 43% apresentavam melhora dos sintomas ansiosos durante a gestação, 33% piora e 24% não apresentou qualquer alteração<sup>2</sup>. Um outro estudo relatou que 20% melhorou, 54% manteve, 20% piorou e ainda cerca de 2% apresentaram comportamento oscilante no curso da gravidez. Concluiu-se ainda que as mulheres com transtornos leves de pânico apresentaram melhoras dos quadros durante a gravidez, enquanto mulheres com quadros mais graves apresentaram, com frequência, exacerbação do quadro<sup>32</sup>.

Uma hipótese explicativa avançada propôs que a gravidez poderia impedir o TP pela diminuição da reatividade do sistema nervoso simpático, através da facilitação da atividade GABAérgica por meio dos níveis séricos de progesterona na adenosina ou pela diminuição dos níveis séricos de CO<sub>2</sub> arterial por meio da ventilação. São ainda apenas ideias hipotéticas que sugerem que este período caracterizado por um aumento da progesterona, estimularia a respiração, diminuindo a pCO<sub>2</sub>. Portanto, a gravidez protegeria as pacientes, aumentando a distância entre os níveis de pCO<sub>2</sub> em relação ao limiar do pânico<sup>31</sup>.

#### **A4. Transtorno Obsessivo-Compulsivo na Gravidez**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença muitas vezes incapacitante e difícil de tratar. Apresentações durante a gravidez podem passar despercebidas e sem tratamento<sup>27</sup>.

O percurso do TOC na gravidez não foi amplamente estudado. Clinicamente, observou-se que as mulheres muitas vezes apresentavam pela primeira vez pensamentos obsessivos durante a gravidez, e essas obsessões podem ocorrer com ou sem compulsões associadas. As mulheres com TOC diagnosticado na gravidez, apresentam quadros neste período menos pronunciados. Em contrapartida, mulheres pré-diagnosticadas com TOC, apresentam quadros mais precoces e de maior gravidade durante a gravidez<sup>34,36</sup>.

No que se refere ao TOC, um estudo mostrou que comparando gestações, 46% das mulheres piora os sintomas na primeira gestação e 50% na segunda gestação. O

TOC pode aparecer só durante a gestação, em 13% das mulheres<sup>2</sup>. Quando se compara com a população em geral, estudos retrospectivos elaborados nos EUA, sugerem que o TOC é mais comum entre as mulheres grávidas, com uma prevalência anual estimada de 0,5 a 2,1%<sup>29</sup>. O único estudo prospetivo de TOC na gravidez encontrou uma prevalência de 1,2% entre 497 mulheres no terceiro trimestre, o que é comparável à da população em geral<sup>30</sup>.

O TOC pode ocorrer no período gestacional como primeiro episódio, recorrente ou exacerbação de um estado crónico e coloca desafios únicos<sup>33</sup>.

Mulheres portadoras de TOC apresentam elevado risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto<sup>2</sup>.

Na mulher grávida, o pensamento obsessivo e comportamentos compulsivos costumam concentrar-se na gravidez ou no bebé. Neste período, as obsessões são muitas vezes sobre o medo de morte fetal ou contaminação. Um exemplo de contaminação é a crença de uma mãe de que está infetada, e, se ela transporta o bebé, a infeção irá transmitir-se para a criança. Comportamentos compulsivos podem incluir pedidos repetidos da mãe para realizar o ultra-som, com a intenção de verificar o bem-estar do seu feto<sup>34,35</sup>.

#### **A5. Abuso de substâncias**

As drogas ilícitas estão associadas a efeitos adversos e não devem ser consumidas durante a gravidez. As drogas não ilícitas, como a nicotina e o álcool, têm também efeitos adversos na gravidez e devem ser evitadas<sup>25,27</sup>.

Foi documentado nos EUA que as taxas médias de abstinência entre os usuários de cigarros, álcool e drogas ilícitas foram 40, 74 e 57%, respetivamente. Infelizmente, muitas dessas mulheres retomaram o uso durante o ano seguinte ao parto<sup>26</sup>.

A prevalência de estados psiquiátricos variou de 0,4% (qualquer distúrbio psiquiátrico) para 14,6% (qualquer transtornos por abuso de substâncias) nas mulheres grávidas e de 0,3% para 19,9% no mesmo diagnóstico para mulheres não grávidas<sup>1</sup>.

## A6. Psicose na Gravidez

O termo psicose é usado como descritivo para transtornos mentais com perda de contato com a realidade, desorganização do pensamento, alucinações, delírios e graves alterações de comportamento<sup>48</sup>.

O período gestacional não parece estar associado a um maior risco do desenvolvimento de psicose<sup>45</sup>.

Uma psicose diagnosticada de novo ou uma recidiva deve ser estudada de imediato. Habitualmente, são englobadas nas psicoses as seguintes perturbações psiquiátricas:

- Doença Bipolar
- Esquizofrenia

### A 6.1. Doença Bipolar

A mulher com doença bipolar (DB) deveria planejar a gravidez. Embora o período pós-parto tenha sido tipicamente considerado um período de risco de recaída da DB, os dados sistemáticos sobre o curso do transtorno bipolar durante a gravidez são ainda um pouco desconhecidos. A gestão das mulheres bipolares que pretendem engravidar ou que estão grávidas coloca desafios significativos para os médicos que cuidam dessas pacientes. Estudos sugerem que a gravidez não é um fator de proteção, e o risco de recaída após a suspensão de medicamentos é semelhante em mulheres grávidas e não grávidas com 50% de reincidência no prazo de 6 meses<sup>22,23</sup>.

A DB é uma condição psiquiátrica grave que afeta mais de 1% da população geral<sup>9</sup>. A prevalência é semelhante em homens e mulheres, embora o sexo feminino seja mais propenso a apresentar sintomatologia depressiva. A manifestação da doença costuma ocorrer na adolescência, prolongando-se o transtorno pela idade fértil. Está em aberto, se a DB melhora com a gravidez, embora se saiba que esta fase não é em si uma proteção contra o transtorno bipolar<sup>49</sup>.

Esta doença representa uma fonte significativa de deficiência, angústia e sobrecarga familiar. A prevenção e o tratamento são particularmente importantes, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva. Tipicamente, as mulheres diagnosticadas com DB encontram obstáculos dos profissionais de saúde em relação à gravidez. São frequentemente aconselhadas a evitar ou a interromper a gravidez para não expor o feto a medicamentos potencialmente teratogênicos e evitar o risco de recorrência maníaco-depressiva<sup>9</sup>.

Os médicos que cuidam de mulheres grávidas com DB enfrentam um desafio clínico complexo que passa por minimizar os riscos para o feto, limitando o impacto da morbidade materna. As pacientes e profissionais de saúde confrontam-se com decisões difíceis quanto ao usar ou não medicações psicotrópicas, devendo pesar os riscos e benefícios. Decidir o que constitui risco razoável durante a gravidez exige responsabilidade partilhada, contudo em última análise cabe à paciente, devidamente informada dos riscos<sup>9</sup>.

## **A6.2. Esquizofrenia**

O aparecimento de esquizofrenia na gravidez é raro. No entanto, este tipo de transtorno exige o uso contínuo de medicamentos anti-psicóticos para controlar a sintomatologia e disfuncionalidade<sup>46</sup>.

Embora o curso da esquizofrenia durante a gravidez não esteja bem definida, estes casos devem ser considerados de alto risco. Estas mulheres tendem a receber menos cuidados pré-natais, têm pior nutrição, consomem mais tabaco, álcool e drogas ilícitas em comparação com as mulheres sem esquizofrenia<sup>47</sup>.

Estudos recentes comparam mulheres grávidas com esquizofrenia e mulheres grávidas sem qualquer patologia psicótica. Assim, em comparação com as mulheres sem patologia psicótica, as esquizofrénicas apresentam maiores níveis de ansiedade, pânico, e falta de confiança sobre a capacidade de ser mãe. Entre as mulheres com patologia, as de idade mais jovem relataram um estado de saúde pior durante a gestação. Sintomas negativos e positivos durante a gravidez podem levar a um atraso no



reconhecimento da mesma, a uma má interpretação dos sinais de parto<sup>16</sup>.

## **B. Fatores de Risco**

A existência de história psiquiátrica prévia é dos principais fatores de risco para descompensação psicótica na gravidez<sup>1</sup>.

Relativamente á depressão, para além de episódios depressivos prévios outros fatores importantes são história familiar de depressão ou doença bipolar, vivenciar maus tratos durante a infância, ser mãe solteira, ter mais de três filhos, ser fumador, ter idade inferior a 20 anos, possuir suporte social insuficiente e sofrer de violência doméstica<sup>1,2,3,4,5,6,10</sup>. A personalidade, foi identificado como um fator de risco para doença mental, nomeadamente uma personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou organizadas). Pacientes que apresentaram sensibilidade ao uso de anticoncepcionais orais também se mostraram mais susceptíveis<sup>2</sup>.

A história de aborto anterior foi também um risco para a presença de doença mental na gravidez. Existe uma grande ansiedade e até mesmo sintomas de depressão nas mães com um episódio anterior de perda, que se mantém mesmo depois do nascimento de uma criança saudável<sup>11</sup>.

Adolescentes primigestas, apresentaram maiores sintomas de ansiedade comparadas com adolescentes da mesma idade não grávidas<sup>5</sup>.

A falta de ligação entre o casal e a distância na relação, foram também fatores descritos para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a gravidez<sup>1</sup>. Mulheres casadas mostraram-se mais protegidas do que solteiras para a recaída da depressão<sup>7</sup>.

Um outro fator de risco de doença mental estudado está relacionado com o grau de desenvolvimento de um país. Assim os países em desenvolvimento apresentam, em média, maiores taxas de doença mental que os países desenvolvidos. Então, os fatores de risco também diferem consoante o grau de desenvolvimento<sup>5</sup>.

Os fatores de risco foram também analisados em função do grau de desenvolvimento dos países, tendo-se constatado que nos países desenvolvidos, as principais causas geradoras de distúrbios são a história psiquiátrica anterior, o uso de

substâncias, uma atitude negativa perante a gravidez, a falta de suporte social, estilos de vida stressantes e conflitos conjugais. Por sua vez, nos países em desenvolvimento, a maior parte dos fatores de risco encontrados estão associados à pobreza, como, por exemplo, baixo salário, desemprego, dificuldades financeiras e baixa escolaridade. História de violência doméstica, ser solteira ou divorciada, antecedentes psiquiátricos, eventos stressantes e carência de suporte social também foram associados a doença mental nestes países<sup>5</sup>.

Um estudo prospetivo realizado ao longo de 12 meses nos EUA (2008), mostrou-se pioneiro por comparar a ocorrência de transtornos psiquiátricos em mulheres grávidas e não grávidas, considerando diversas características tais como, a raça, a nacionalidade, a idade, o estado civil, o estrato social, a escolaridade, a zona habitacional (urbana ou rural), a multiparidade ou nuliparidade, histórias de trauma/vitimização nos últimos 12 meses e ainda, o fim de relações amorosas. Assim, concluiu-se que as grávidas negras, asiáticas e hispânicas tinham maior risco de desenvolver doença mental no período gravítico. As residentes estrangeiras, as jovens grávidas com idade entre os 18 e os 25 anos, mulheres múltiparas, viúvas, separadas ou divorciadas apresentaram também maior suscetibilidade. O grau de escolaridade também está associado a doença mental na gravidez, com maior risco para as mulheres com grau de escolaridade mais baixo. Quanto à zona habitacional, residir em zona urbana apresenta maior risco de transtorno mental, por comparação com residência em locais rurais. Por último, histórias de trauma/vitimização nos últimos 12 meses foram também identificadas como fator de risco<sup>3,5</sup>.

### **C. Complicações na gravidez associada à doença mental**

A gravidez é vista como um momento de transição extremamente significativo durante a vida de um indivíduo, que exige adaptações diversas. A capacidade da mulher se adaptar às mudanças e exigências da gravidez afeta a sua saúde física e mental, e parece ter influência também na saúde do feto durante o período gestacional<sup>12</sup>.

Complicações da gravidez associadas à doença mental incluem: restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, o nascimento prematuro, ganho de peso

inadequado do bebé, valores de Apgar baixos. A magnitude destas complicações varia em função do estado da doença mental e das condições de vida da grávida<sup>4,10,13,14</sup>.

A doença mental não tratada neste período pode revelar-se catastrófica, e em casos extremos chegar ao suicídio, pelo que o tratamento é fundamental<sup>7,10</sup>. O risco de suicídio na gravidez é baixo, e os dados não são consensuais, existindo a dúvida se é semelhante ou inferior ao das mulheres não grávidas da mesma idade. O risco de suicídio é mais elevado em grávidas adolescentes, em mulheres com hospitalização prévia devido a um episódio psiquiátrico, no pós-parto e após o nascimento de um bebé morto<sup>38</sup>.

A depressão pré-natal tem riscos elevados e pode ter consequências indesejáveis, tais como, o abandono do acompanhamento pré-natal; a automedicação com drogas, tabaco e álcool; insónia; ansiedade; agravamento da depressão (desenvolvimento de sintomas psicóticos); ideação suicida ou mesmo o suicídio; vínculo materno-infantil prejudicado e a depressão pós-parto<sup>39,40,41</sup>.

A depressão materna durante a gravidez afeta não só o crescimento fetal, como o temperamento infantil e mais tarde o comportamento na infância. A depressão no período gestacional associa-se a um maior risco de depressão pós-parto<sup>10</sup>. Alguns efeitos adversos parecem ser ligeiramente mais comuns em filhos de mulheres que tomam antidepressivos durante a gestação, que incluem entre os mencionados acima, dificuldades de adaptação neonatal, malformações congénitas, hipertensão pulmonar persistente neonatal, raras anormalidades cardíacas em recém-nascidos<sup>10</sup> e em casos extremos morte neonatal<sup>12,15</sup>. Com o desenvolvimento da criança constata-se também consideráveis prejuízos, tanto a nível comportamental quanto emocional<sup>12</sup>.

Segundo dados revelados por um estudo recente, a exposição a certos antidepressivos (inibidores de recaptção da serotonina) no último trimestre da gravidez aumenta o risco dos bebés apresentarem Síndrome Comportamental Neonatal em três vezes, comparando com a exposição no início da gravidez ou sem exposição. Sintomas típicos desta síndrome são: desconforto respiratório, problemas alimentares, agitação, tónus muscular alterado, irritabilidade, choro aumentado, podendo ainda acontecer, em casos mais extremos, desidratação, desregulação da temperatura ou convulsões com

necessidade de cuidados intensivos por parte da neonatologia<sup>15</sup>. Foram ainda descritos sintomas de agitação e sofrimento transitório neonatal na exposição a anti-depressivos<sup>7</sup>

O uso de elevadas taxas de cigarros, cocaína e metanfetamina está frequentemente associado a grande morbidade materna e neonatal. O descolamento prematuro da placenta e o óbito fetal intrauterino provocam também impacto sobre a morbidade materna<sup>25</sup>.

Doença mental na gravidez está associada, frequentemente, a morbidades que ocorrem durante a gravidez, tais como, diabetes gestacional e pré-eclampsia<sup>13</sup>.

As mulheres com esquizofrenia em geral têm um risco maior de complicações obstétricas incluindo anormalidades placentárias e hemorragias antes do parto<sup>16</sup>. Estudos anteriores mostravam que havia uma relação entre o uso de anti-psicóticos na esquizofrenia e complicações neonatais, como baixo peso ao nascer, parto prematuro. Um estudo recente comprova que pode a esquizofrenia só por si tem um risco de complicações neonatais independente do uso de anti-psicóticos. Embora estes pareçam ser os dados mais recentes, a informação sobre este tema é ainda hoje controversa<sup>17,18</sup>.

#### **D. Atitudes terapêuticas**

A prevalência de transtornos psiquiátricos em mulheres grávidas salienta a necessidade de um trabalho contínuo para identificar as causas e desenvolver tratamentos eficazes para transtornos mentais em mulheres grávidas e no pós-parto<sup>5</sup>.

A atuação da equipa multiprofissional com gestantes deve ter em linha de conta a interação de múltiplos fatores. Entre eles, a história pessoal, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e económicas vigentes assim como a qualidade da assistência. A assistência deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao bebé um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto<sup>6</sup>.

É importante ter noção que apenas 5 a 14% das mulheres com doença mental diagnosticada durante a gravidez recebem algum tratamento psiquiátrico<sup>1</sup>. Uma abordagem biopsicossocial é o modelo ideal para gestão de uma mulher grávida<sup>37</sup>.

O tratamento vai variar dependendo do tipo de transtorno, da gravidade dos sintomas, e da história prévia de tratamento e resposta<sup>37</sup>.

Quando se fala em depressão, existe literatura extensa em relação às causas de depressão em geral. No entanto, as evidências sobre preditores específicos de depressão em mulheres durante o período pré-natal são escassas. Tendo em conta possíveis efeitos adversos da depressão em mulheres grávidas, existe uma necessidade de informação sobre a prevalência de depressão pré-natal e os fatores associados<sup>3</sup>. Normalmente surgem problemas no tratamento da depressão de mulheres grávidas ou que pretendem engravidar. Avaliações de rotina em mulheres em idade fértil fornecem uma oportunidade de se discutir dados sobre a exposição a medicamentos antidepressivos durante a gravidez e a lactação, estudar a probabilidade de uma mulher apresentar uma recaída de depressão durante a gravidez e no período pós-parto, assim como, instituir apoio e intervenções profiláticas que podem reduzir o risco de recaída. O ideal de gestão que minimiza o risco para a mãe e para o bebé permanece incerto. Mesmo especialistas neste campo apresentam pontos de vista diferentes sobre o melhor tratamento de depressão em mulheres grávidas<sup>7,24</sup>. O uso de psicofármacos na gravidez não é consensual, havendo estudos que mostram efeitos teratogénicos, associados ao uso de antidepressivos. Contudo, existem estudos recentes, que nos dão informações após exposição pré-natal a vários medicamentos antidepressivos e que fornecem informações acerca da sua utilização por mulheres a amamentar, que mostram que os benefícios da medicação antidepressiva podem compensar o risco teórico do seu uso<sup>24</sup>.

Mulheres com história de depressão major antes da gravidez, correm um risco maior de recair durante o período gestacional ou no pós-parto, sendo também mais suscetíveis a interromper o uso dos antidepressivos neste período. No entanto, nestes casos, o tratamento deve persistir enquanto não são ponderados, o risco pré-natal da exposição à medicação e a probabilidade de recaída associada à interrupção ou mudança na terapêutica em curso durante esta fase da vida da mulher<sup>7</sup>.

Abordagens psicoterapêuticas, incluindo a psicoterapia individual, em casal ou em grupos de aconselhamento e apoio podem ajudar a tratar a depressão durante a gravidez e no período pós-parto. As mulheres que estão a pensar engravidar devem ser encorajadas a optar pela psicoterapia, isto se já não estiverem a fazer este tipo de tratamento. A psicoterapia permitirá analisar a transição de papéis, interações interpessoais deficientes e disputas, podendo ser de grande utilidade para as mulheres grávidas e ter resultados encorajadores<sup>24</sup>. Para as pacientes com sintomas leves a moderados de depressão, sem intenção suicida, está descrito atualmente, como tratamento inicial eficaz, a psicoterapia cognitiva comportamental ou interpessoal<sup>10</sup>. Se uma mulher permanece deprimida, mesmo depois desta terapia pode então recorrer-se ao tratamento farmacológico<sup>24</sup>. Por sua vez, as mulheres com história prévia de depressão com sintomas moderados a graves, e com uma boa resposta aos medicamentos antidepressivos, devem utilizar estes medicamentos como a primeira linha de tratamento. Nessa população, a psicoterapia é um tratamento auxiliar e também é usado para tratar os fatores psicossociais, tais como dificuldades de relacionamento, dificuldades financeiras, e condições de vida<sup>10</sup>.

Em mulheres medicadas com história de depressão prévia à gravidez, 75% apresentam recaída com a interrupção dos antidepressivos, próxima da concepção e 50% acabam por reintroduzir o antidepressivo durante a gestação<sup>7</sup>.

A decisão de medicar baseia-se na gravidade da depressão, no número e na frequência dos episódios depressivos (quanto maior o número de episódios depressivos anteriores, mais provável é que ocorra recaída no decorrer da gravidez) e da história de resposta à medicação (recaídas tendem a tornar-se progressivamente mais difíceis de tratar)<sup>43</sup>.

Nas perturbações de pânico, as estratégias não-farmacológicas são preferíveis à medicação. Essas estratégias, e nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental, podem não ser suficientes e pode ser necessário recorrer a terapêutica farmacológica para grávidas que se mantenham sintomáticas<sup>9</sup>.

O TOC é um transtorno de difícil tratamento, pois apenas 20% dos pacientes atingem uma remissão completa. O tratamento da doença em mulheres grávidas pode ser mais complexo. Quando a doença da paciente é acompanhada por sintomas que sugerem um risco de dano para a própria ou para o bebé, a segurança deve ser o

objectivo principal. Em situações de menor risco, as intervenções em ambulatório podem ser suficientes, com outros membros da família a darem apoio. Em caso de maior risco, a mãe pode necessitar de hospitalização. Quando existem vários prestadores de saúde (obstetras, psiquiatras, médico de família) no tratamento da mulher grávida, a comunicação entre eles é muito importante. A psicoterapia pode ser útil no tratamento de problemas na relação entre a mãe e o bebé, embora o seu uso não tenha sido estudado para a TOC<sup>33</sup>.

A gestão das mulheres com psicose que pretendem engravidar ou que estão grávidas coloca desafios significativos para os médicos que cuidam dessas pacientes<sup>22</sup>. Mulheres com história de transtorno psicótico devem ser seguidas de perto durante a gravidez e informadas sobre o grande risco de recidiva da doença no pós-parto. Estas grávidas devem ser acompanhadas por um psiquiatra, um obstetra, assim como um médico de família, num trabalho de grupo, pelo risco de comportamentos impulsivos e irracionais, suicídio ou mesmo lesões acidentais. Podem ainda evitar o acompanhamento pré-natal e ser incapazes de seguir as recomendações de tratamento. Os riscos teratogénicos dos medicamentos disponíveis devem ser considerados antes da concepção. Infelizmente ainda não existem estudos randomizados sobre o uso destes medicamentos em mulheres grávidas<sup>50</sup>.

Uma mulher grávida com história de psicose, mas atualmente compensada, pode optar por interromper a medicação quando está a programar engravidar (embora isso possa não ser recomendável) e retomar a terapia habitual algum tempo depois do primeiro trimestre, quando a organogénese foi concluída. A paciente com doença moderada a grave deve permanecer em uso de medicação durante a gravidez devido aos riscos para a mãe e para o feto associados com a psicose não tratada. A paciente com psicose grave está sujeita a altas doses de medicação anti-psicótica e múltiplas benzodiazepinas, tem um maior risco durante gravidez. As mulheres que apresentaram apenas um episódio psicótico (ex: um episódio de mania) são também um desafio pela difícil decisão a respeito de se continuar ou não a medicação quando estão a planear a gravidez ou se já estiverem grávidas. Não devemos esquecer que, uma recorrência pode ser mais difícil de tratar do que os riscos da manutenção da medicação<sup>22,23,47</sup>.

A preferência da paciente deve ser sempre considerada, e cada caso deve ser tratado individualmente<sup>22,23,47</sup>.

O tratamento de mulheres grávidas com esquizofrenia tem alicerça-se na medicação anti-psicótica<sup>16</sup>. O prognóstico para as mães e para os seus descendentes pode ser substancialmente melhorada através de um plano de tratamento abrangente que inclua psicoeducação, psicoterapia, apoio familiar e um planeamento familiar<sup>16</sup>.

A gestão de mulheres grávidas com esquizofrenia coloca um dilema. A interrupção do uso de anti-psicóticos durante a gravidez pode colocar a mulher em maior risco de recaída. O conhecimento sobre os riscos de reações adversas em mulheres que estão recebendo anti-psicóticos está longe de ser completa, bem como os riscos associados a esquizofrenia não tratada<sup>17</sup>.

Quando se fala de abuso de substâncias na gravidez, deve ter-se em conta que uma intervenção precoce (antes da gestação ocorrer) de assistência pré-natal diminui substancialmente o risco de complicações neonatais (mortalidade neonatal, parto com ventilação assistida, parto pré-termo (<37 semanas) e BPN (<2500gr)). É importante referir que esta intervenção precoce com assistência e tratamento da mãe é menos dispendiosa e diminuiu significativamente as taxas de internamento infantil nos 30 dias seguintes ao parto, com uma redução significativa de complicações neonatais. Este seguimento deve ser feito por especialistas no tratamento de abuso de substâncias<sup>25</sup>. Assim sendo, a prevenção do uso de drogas ilícitas deve ser parte integrante de programas de saúde pública para as mulheres jovens<sup>26</sup>.

Apesar de tudo isto, o tratamento pelos serviços de saúde mental de mulheres grávidas com doença mental deve limitar-se aos casos mais graves, sendo a grande maioria das situações resolvidas pelo médico assistente<sup>1</sup>.



## CONCLUSÃO

A gravidez é descrita como um período de vulnerabilidade para o desenvolvimento de doença mental. A certeza de que se trata um período de bem-estar geral é atualmente considerado um mito. Sabe-se que o risco de desenvolver doença mental é semelhante ao de uma mulher fora da gestação.

Existem diversos fatores que podem influenciar negativamente o curso da gravidez. O controlo destes fatores é portanto o primeiro passo para o sucesso.

Esta revisão mostra que há muitas complicações para a mãe e bebé associadas a doença mental na gravidez, o que torna ainda mais importante a sua identificação e tratamento eficaz neste período de vida da mulher.

A gestão destas doentes deve passar por uma atuação multiprofissional, sendo o objetivo principal proporcionar à mulher e ao bebé um período satisfatório de bem-estar, que crie as melhores condições para o fortalecimento do vínculo mãe-bebé.

Este é um tema que permanece controverso sendo sempre necessários mais e mais rigorosos estudos que aumentem o grau de esclarecimento. Só assim será possível promover um acompanhamento mais eficaz para as grávidas com perturbações psiquiátricas visando a redução da morbilidade associada e, por outro lado, uma maior ação no sentido da redução destas patologias em mulheres consideradas de risco.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a orientação da Dra. Paula Freitas pelo esforço, dedicação e apoio na elaboração desta monografia.

Gostaria ainda de agradecer à minha família e amigos por todo o apoio e compreensão nos momentos de maior desgaste, pois sem eles tudo seria mais complicado.

**REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS**

1. Vesga-Lopez O., Blanco C., et al. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(7):805-815.
2. Camacho R., Cantinelli F. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clin.* 2006; 33(2): 92-102.
3. Silva R., Jansen K., Souza L. et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32(2): 139-144.
4. Giardinelli L., Innocenti A., et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Women Ment Health*. 2011
5. Pereira P., Lovisi G. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. Psiq Clin.* 2008; 35(4):144-53.
6. Falcone V., Nobrega Mader C., et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*. 2005; 39(4): 612-618.
7. Lee S. Cohen, Lori L. Altshuler, et al. Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment. *JAMA*. 2006; 295(5):499-507.
8. Alder J., Fink N., et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal Matern Fetal*. 2007; 20(3):189-209.
9. Viguera A., Cohen L., et al. Managing Bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002; 47:426-436.
10. Stewart D. Depression during Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*. 2011;365(17):1605-1611.

11. Blackmore E., Côté-Arsenault D., Tang W., et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*. 2011; 198:373-378.
12. Conde A., Figueiredo B. Ansiedade na gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2005; 36(1):41-49.
13. Grote N.K., Bridge J.A., et al. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10):1012-1024.
14. Martini J., Knappe S., et al. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*. 2010; 86:305-310.
15. Sit D., Perel J., et al. Mother-Infant Antidepressant Levels, Maternal Depression and Perinatal Events. *Journal Clinical of Psychiatry*. 2011; 72(7):994-1001.
16. Solari H., Miller L., e tal. Understanding and Treating Women with Schizophrenia during Pregnancy and Postpartum. *Canadian Journal Clin Pharmacol*. 2009, 16 (1): e23-e32.
17. Heng-Ching Lin, I-Ju Chen et al. Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: Does the use of antipsychotics make a difference: *Schizophrenia Research*. 2010; 116:55-60.
18. Jablensky A., Morgan V. et al. Pregnancy, Delivery and Neonatal Complications in a Population Cohort of Women with Schizophrenia and Major Affective Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(1):79-91.
19. Heather A.B., Heather S.B., et al. Becoming the best mom that I can: women's experience of managing depression during pregnancy – a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2007; 7(13).
20. Buist A., Condon J., Brooks J., e tal. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *Journal Affect disorders*. 2006; 93:233.
21. Spitzer R.L., Williams J.B., Kroenke K., et al. Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-

- Gynecology Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183(3):759.
22. Viguera A.C., Cohen L.S.. The course and management of bipolar disorder during pregnancy. *Psychopharmacology Bulletin*. 1998; 34(3):339-46
  23. Viguera A.C., Cohen L.S.. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *American Journal Psychiatry*. 2000; 157:179-184.
  24. Hendrick V., Altshuler L., et al. Management of major depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(10).
  25. Goler NC, Armstrong MA, Taillac CJ, Osejo VM. Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: anew standard. *Journal of Perinatology*. 2008; 28:597-603.
  26. Ebrahim SH, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *Obstetrics and Gynecology*. 2003; 101(2):374-379.
  27. Kuczkowski KM. The cocaine abusing parturient: a review of anesthetic considerations. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2004; 51:145
  28. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:121.
  29. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593.
  30. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004; 19:459.
  31. Nascimento I., Lopes F, et al. Transtorno de pânico na gravidez. *Revista brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26(3):211-215.
  32. Rubinchik S., Kablinger A., et al. Medications for Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder During Pregnancy. *Journal Clinical of Psychiatry*. 2005; 7(3): 100-105.
  33. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:121.

34. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, et al. Course of obsessive-compulsive disorder during early postpartum period: a prospective analysis of 16 cases. *Compr Psychiatry* 2007; 48:558.
35. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:253.
36. Uguz F, Kaya N, Sahingoz M, et al. One year follow-up of postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32:1091.
37. Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can J Psychiatry* 2007; 52:489.
38. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull.* 2003; 67:219-29.
39. Gaynes BN, Gavin N, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. *Evidence Report Technology Assess.* 2005; 1.
40. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br Journal Psychiatry.* 2003; 183:279.
41. Bonari L.,Pinto N., et al. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can Journal Psychiatry.* 2004; 49:726.
42. Bennett HA, Einarson A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obtet Gynecol.* 2004; 103:698.
43. Sharma A, Feldman JG, et al. Live birth patterns among human immunodeficiency virus-infected women before and after the availability of highly active antiretroviral therapy. *American Journal Obstet Gynecol.* 2007; 196:541.
44. Kumar R. *Motherhood and Mental Illness: Neurotic Disorders in Childbearing Women.* Academic Press Inc (London) Ltd. 1982; 71-118.
45. Paffenbarger RS Jr, McCabe LJ JR. The effect of obstetric and perinatal events on risk of mental illness in women of child bearing age. *American Journal Public Health Nations Health.* 1966; 56:400.
46. Yaeger D., Smith H., et al. Atypical Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia during Pregnancy and the Postpartum. *American Journal of Psychiatry.* 2006; 163(12).

47. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. 2007; 87.
48. Tenth revision of the international classification of diseases and related health problems. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
49. Yonkers K., Wisner K., et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. American Journal of Psychiatry. 2004; 161(4):608-620.
50. Webb RT, Howard L, Abel KM. Antipsychotic drugs for non-affective psychosis during pregnancy and postpartum. Cochrane Database Syst Rev 2004.

**LISTA DE SIGLAS:**

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

TP – Transtorno de Pânico

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

EUA – Estados Unidos da América

DB – Doença Bipolar