

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NO PERÍODO PERINATAL

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN THE PERINATAL PERIOD

Resumo

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico relativamente comum no período perinatal. Nesse período, o TOC pode ser desencadeado ou pode ocorrer a exacerbação da doença pré-existente, com prevalências de até 9% de TOC no período pós-parto. Estima-se que haja uma associação com a flutuação dos hormônios gonadais, além da influência de outros fatores psicológicos e sociais. A apresentação clínica do TOC parece diferir durante a gestação e o período pós-parto, existindo uma predominância de obsessões de contaminação e compulsões por limpeza durante a gestação, enquanto que, no período pós-parto, os sintomas mais frequentemente encontrados na literatura científica foram as obsessões egodistônicas de conteúdo agressivo. Existem poucos estudos específicos sobre o tratamento do TOC no período perinatal, de forma que se recomenda seguir os protocolos de tratamento para a população geral, porém levando-se em consideração os potenciais efeitos adversos das medicações para o feto e/ou lactente. O presente artigo consiste em uma revisão narrativa acerca do TOC no período perinatal e tem como objetivo alertar os profissionais de saúde para a presença de sintomas obsessivos-compulsivos e do TOC nesse período, além de auxiliar o clínico a melhor reconhecer, compreender e tratar esse transtorno.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo, gravidez, período pós-parto.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a relatively common psychiatric disorder in the perinatal period. In this period, OCD can be triggered or exacerbated, with prevalence rates reaching up to 9% postpartum. It is

believed that an association exists with the fluctuation of reproductive hormones, in addition to the influence of other psychological and social factors. The clinical presentation of OCD seems to differ during pregnancy and the postpartum period, with a predominance of contamination obsessions and cleaning compulsions during pregnancy, while in the postpartum period, the symptoms most frequently found in the literature were egodystonic aggressive obsessions. There are few studies dealing specifically with the treatment of OCD in the perinatal period, so it is recommended that the treatment protocols designed for the general population should be followed, however taking into consideration the potential adverse effects of the medications on the fetus and/or breastfeeding infant. The present article is a narrative review of OCT in the perinatal period. The objective is to make health professionals aware of the presence of obsessive-compulsive symptoms and OCD in the perinatal period. Another objective was to help clinicians to better recognize, understand and treat this disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, pregnancy, postpartum period.

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, causando marcada ansiedade. As compulsões, no entanto, são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em busca de reduzir a ansiedade gerada por uma obsessão. As obsessões e as compulsões consomem

ARTIGO DE REVISÃO

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÓ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISLENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

tempo e causam prejuízo significativo na vida social e ocupacional da pessoa portadora do transtorno¹.

Epidemiologia

O TOC tem uma prevalência durante a vida, na população geral, estimada em 2 a 3%, sendo a idade média de início em mulheres de aproximadamente 22 anos².

A prevalência do TOC no período perinatal foi demonstrada em uma série de estudos, e uma metanálise publicada em 2013 indicou que 2,07% das grávidas e 2,43% das mulheres no período pós-parto têm TOC³. No entanto, em uma amostra brasileira de 400 mulheres no período pós-parto, Zambaldi et al. encontraram uma prevalência de TOC de 9%, sendo que 2,3% dessas mulheres relataram o início dos sintomas apenas após o parto⁴.

Curso das manifestações perinatais

Quanto às pacientes com TOC pré-existente, estudos demonstraram que houve piora dos sintomas em 8 a 16% das pacientes durante a gravidez e em 29 a 50% no pós-parto^{5,6}. Existe evidência de que a exacerbação dos sintomas no período perinatal de uma gestação é um fator de risco substancial para a exacerbação em gestações subsequentes⁷. Conforme Forray et al., mulheres com exacerbação ou desencadeamento do TOC no período perinatal são mais propensas a apresentar piora dos sintomas no período pré-menstrual em comparação com as mulheres com TOC que não tiveram piora no período perinatal⁸. Outro potencial fator de risco para a exacerbação da doença consiste na comorbidade com a depressão maior^{6,9}.

ETIOLOGIA

O mecanismo neurobiológico preciso da exacerbação e da incidência do TOC no período perinatal não foi bem elucidado, porém especula-se que a flutuação dos hormônios gonadais nesse período aumente o risco de transtornos mentais em determinadas mulheres¹⁰. O estrogênio e a progesterona exercem um papel importante no funcionamento cerebral e podem modular a transmissão neuronal, afetando a síntese, a liberação e a recaptação de neurotransmissores, entre eles a serotonina, a noradrenalina, a acetilcolina e a dopamina¹¹.

Pela correlação entre a exacerbação do TOC no período perinatal e a piora dos sintomas no período pré-menstrual, sugere-se que exista um subtipo de TOC relacionado às oscilações dos esteroides sexuais. Esse achado é similar à correlação entre as maiores taxas de depressão pós-parto em mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual¹¹. Portanto, preconiza-se que haja um subgrupo de mulheres com uma sensibilidade diferenciada aos hormônios reprodutivos, de forma que eventos reprodutivos seriam gatilhos para o início ou para a exacerbação do TOC. A base biológica para essa vulnerabilidade à flutuação dos hormônios gonadais permanece desconhecida; todavia, aventa-se que decorra de uma predisposição genética. Essas alterações provavelmente estão relacionadas a alterações sutis no número e na função de diversos receptores e enzimas e a diferenças estruturais discretas no sistema nervoso central¹¹.

Outro hormônio possivelmente implicado no TOC no período perinatal seria a ocitocina. A ocitocina está relacionada ao comportamento materno em animais e está presente em níveis elevados durante o terceiro trimestre de gestação e início do puerpério, tendo em vista que ela está envolvida na contração uterina e lactação¹². Leckman et al. encontraram que a ocitocina está elevada no líquido cefalorraquidiano (LCR) de alguns pacientes com TOC¹³, sugerindo que a mesma esteja implicada na patogênese de algumas formas de TOC¹⁴.

O modelo cognitivo comportamental do TOC propõe que os pacientes atribuam uma significação superestimada a pensamentos intrusivos que são, na realidade, vivenciados universalmente. Essa noção supervalorizada, por sua vez, levaria a uma interpretação catastrófica desses pensamentos⁴. Outrossim, Fairbrother & Abramowitz sugeriram que o período perinatal desencadearia ou exacerbaria o TOC por causar um repentino aumento da responsabilidade por um ser vulnerável e dependente de cuidados¹⁵.

Não se pode deixar de mencionar as questões culturais relacionadas às altas expectativas sociais em torno da maternidade¹⁶. Inicialmente, a maioria das mães apresenta insegurança e vivencia dificuldades frente às adaptações com o bebê, as quais podem ser exacerbadas quando expostas à privação de sono. Quando, somado a esse contexto, a mulher tem de lidar com outros estressores, como financeiros e conjugais, e

LUÍSA CAROPRESO¹, JOEL RENNÓ JR.², RENAN ROCHA³, JULIANA PIRES CAVALSAN⁴, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁵, HEWDY LOBO RIBEIRO⁶, AMAURY CANTILINO⁷, GISLENE VALADARES⁸, ANTONIO GERALDO DA SILVA⁹

¹ Médica psiquiatra. Fellow em Saúde Mental da Mulher, Departamento de Psiquiatria, McMaster University, Hamilton, Canadá. ² Médico psiquiatra. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Membro fundador, International Association for Women's Mental Health. ³ Médico psiquiatra. Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁴ Psiquiatra, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, USP, São Paulo, SP. ⁵ Médico psiquiatra. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria – Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. ⁶ Psiquiatra forense, psicogeriatra e psicoterapeuta pela ABP. Psiquiatra, ProMulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁷ Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁸ Médica psiquiatra pela ABP. Membro fundador, Serviço de Saúde Mental da Mulher e Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP. Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ). Presidente da ABP, 2010-2013.

depara-se com ambivalências em relação à maternidade e suas demandas, isso poderia explicar a presença de pensamentos intrusivos egodistônicos em mães com TOC ou sem, que por vezes podem ser agressivos¹⁷.

FATORES DE RISCO

Quanto aos fatores de risco, no estudo de Zambaldi et al., o TOC no período pós-parto foi associado à presença de transtornos psiquiátricos prévios, doenças somáticas, complicações obstétricas e a ter mais de um filho⁴. No estudo de Maine et al., houve associação entre TOC perinatal e parto pré-termo e pós-termo, além de parto cesáreo¹⁸. Contrariamente a esses achados, Labad et al. não encontraram correlação entre variáveis obstétricas e complicações pós-parto com TOC perinatal⁶.

No estudo prospectivo realizado por House et al., gestantes com história de diagnóstico de TOC não apresentaram mudança significativa no curso dos sintomas durante a gestação ou no período pós-parto. No entanto, o parto cesáreo e uma menor idade materna foram identificados como preditores de maior gravidade da doença¹⁹.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Apresentação clínica – particularidades na gestação

A apresentação clínica parece diferir durante a gestação e o período pós-parto. Em dois estudos de caso prospectivos com gestantes diagnosticadas com TOC, as obsessões mais comuns foram de contaminação, de simetria, de agressão e obsessões com conteúdo religioso, enquanto as compulsões mais comuns foram de limpeza, de checagem e de organização. Entre as mulheres com exacerbação do TOC na gestação, a maioria (69,2%) não relatou alterações nos conteúdos das obsessões. Nas mulheres cujos sintomas mudaram, foi relatada a adição de obsessões agressivas, incluindo o medo de ferir a si própria e imagens ferindo o recém-nascido após o parto. Foram relatadas também a adição de obsessões de contaminação e limpeza devido ao medo de o feto ter sido contaminado por microorganismos^{20,21}.

Apresentação clínica – particularidades no período pós-parto

Com relação aos sintomas no período pós-parto, percebe-se uma discrepância de resultados em

populações distintas, a despeito das diferenças metodológicas, o que sugere a influência de aspectos culturais¹⁷. Entretanto, uma série de estudos relataram a preponderância de obsessões agressivas, como o medo de ferir o bebê^{22,23}. Tais pensamentos geraram algum grau de esquivas com a criança, incluindo não dar banho, evitação de facas de cozinha e isolamento do filho por medo de machucá-lo²⁴.

No estudo de Zambaldi et al., representativo de uma amostra brasileira no período pós-parto, as obsessões mais comuns foram de agressão e de contaminação. Ademais, observou-se a presença de compulsões de limpeza e de checagem. Os pensamentos, imagens ou impulsos relatados pelas mães frequentemente incluíam o bebê, como, por exemplo, pensamentos sobre deixá-lo cair, colocá-lo no microondas, jogar água fervente no mesmo ou afogá-lo, além de compulsões por checar a respiração do bebê⁴.

No mesmo estudo, a presença de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) em puérperas sem o diagnóstico de TOC foi de 53,8% para algumas obsessões e 42,3% para algumas compulsões⁴. Esse achado foi de encontro a outros estudos, os quais encontraram índices de pensamentos obsessivos intrusivos chegando até 90%²⁵⁻²⁷. Rachman & De Silva observaram que a diferença entre as obsessões em amostras de pessoas com SOC que não preenchiam critérios diagnósticos para TOC e em amostras de pessoas com TOC seria que, nestas, as obsessões tendem a ser mais duradouras, mais frequentes e a provocar mais desconforto²⁵.

Os estudos supracitados relataram a presença em maior ou menor grau de obsessões agressivas voltadas ao bebê. Esses dados podem levantar a dúvida ou até levar a condutas alarmadas acerca da possibilidade de infanticídio e à incerteza diagnóstica com a psicose puerperal. Como exemplo, pode-se citar o estudo de caso publicado por Christian & Storch, no qual uma puérpera procurou tratamento por estar apresentando obsessões agressivas sobre ferir sua bebê. No caso, a jovem mãe foi hospitalizada involuntariamente, apesar de aceitar ser hospitalizada voluntariamente, por ter sido vista como uma ameaça à sua filha. Tal conduta reforçou o pensamento obsessivo, levando a paciente a acreditar que a internação involuntária seria uma evidência de que ela representava um risco real à prole²⁸.

ARTIGO DE REVISÃO

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÒ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISELE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

No TOC, os sintomas são geralmente egodistônicos e identificados como irracionais, e não foram encontrados pelos autores casos documentados de mulheres com TOC no período pós-parto que intencionalmente feriram seus filhos¹⁷. Contrariamente ao TOC, a psicose puerperal costuma incluir sintomas psicóticos, confusão mental, labilidade afetiva, agitação psicomotora e comportamentos bizarros. Nesses casos, as ideias infanticidas podem fazer parte de algum delírio, e existe de fato um risco aumentado para o comportamento agressivo⁴.

Apresentação clínica – comorbidades

O transtorno depressivo maior (TDM) é o diagnóstico comórbido mais frequente em pacientes com TOC, sendo que a prevalência vitalícia de TDM em pessoas com TOC é de cerca de 67%². Similarmente, estudos relataram taxas de 37 a 60% de comorbidade de depressão em pacientes com TOC no pós-parto, com uma prevalência de 38,9% na amostra brasileira^{4,5,24}. Não está bem esclarecido se os SOC representam a causa ou o efeito da depressão pós-parto. Sabe-se que a depressão pode envolver pensamentos invasivos autodestrutivos, e é possível que os sintomas obsessivos sejam sintomas da depressão pós-parto. Alternativamente, é possível que a presença de pensamentos obsessivos seja um fator estressor, que aumente o risco da incidência de sintomas depressivos. Ainda, existe a possibilidade de que tanto o TOC quanto a depressão ocorram coincidentemente, cada um resultando de uma terceira variável, como um componente biológico²⁹. Mais estudos são necessários para esclarecer essa relação; no entanto, ela nos alerta para a necessidade de investigar SOC em paciente com depressão perinatal.

TRATAMENTO

Poucos estudos avaliaram a associação entre TOC no período perinatal e riscos ao feto, contudo diversos estudos mostraram que o estresse e a ansiedade em gestantes estão associados com o aumento da resistência placentária, parto pré-termo, maior risco de descolamento de placenta, prejuízo no sono e na alimentação do bebê no período perinatal, além de hiperatividade e problemas comportamentais e emocionais na infância³⁰⁻³⁷.

Estudos recentes observaram que recém-nascidos de mulheres com TOC tiveram menor peso ao nascer

e aumento dos níveis de fator de necrose tumoral alfa – uma citocina pró-inflamatória que exerce importante papel na sobrevivência, proliferação e diferenciação neuronal – em células progenitoras neurais do sangue do cordão umbilical. Esses achados mostram que o TOC pode potencialmente afetar o neurodesenvolvimento do feto^{38,39}.

Quando não adequadamente tratado, o TOC pode cronificar-se e apresentar um alto índice de comorbidades, principalmente com a depressão maior e com os transtornos de ansiedade⁴⁰⁻⁴². Além do mais, os sintomas direcionados ao bebê podem causar um impacto significativo no vínculo entre a mãe e a criança. Algumas mães, por temerem ferir seus filhos, afastam-se deles, chegando, em alguns casos, a sentirem-se inaptas aos cuidados e mesmo se recusarem a cuidar do bebê^{15,29}. Não obstante, o tempo consumido ao realizar compulsões leva a mãe a reduzir o tempo que seria necessário à maternagem¹⁷.

Tratamento psicoterápico

Diversas metanálises demonstram os benefícios da psicoterapia, principalmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), para o tratamento do TOC⁴³⁻⁵⁰. Ademais, a combinação de tratamento psicológico e farmacológico mostra-se superior à medicação em monoterapia⁵¹⁻⁵⁵. Esses achados expõem que se a medicação for necessária ou preferida, a adição de TCC ao tratamento farmacológico pode potencializar a resposta e reduzir os índices de recidiva⁵⁶. Essas indicações aplicam-se para os transtornos ansiosos e para o TOC no período perinatal. No entanto, o uso da TCC contém algumas limitações, como a disponibilidade de terapeutas experientes e a gravidade do transtorno⁵⁷.

Tratamento farmacológico

A decisão acerca do tratamento do TOC no período perinatal deve ser baseada em diversos fatores e deve pesar o risco do transtorno mental materno não tratado comparado aos potenciais efeitos adversos dos psicotrópicos⁵⁸. A tomada de decisões requer uma avaliação psiquiátrica minuciosa, que inclua o histórico psiquiátrico pessoal e familiar, a severidade do transtorno, os efeitos terapêuticos e colaterais das medicações, a segurança das medicações para o feto e para o lactente,

LUÍSA CAROPRESO¹, JOEL RENNÓ JR.², RENAN ROCHA³, JULIANA PIRES CAVALSAN⁴, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁵, HEWDY LOBO RIBEIRO⁶, AMAURY CANTILINO⁷, GISLENE VALADARES⁸, ANTONIO GERALDO DA SILVA⁹

¹ Médica psiquiatra. Fellow em Saúde Mental da Mulher, Departamento de Psiquiatria, McMaster University, Hamilton, Canadá. ² Médico psiquiatra. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Membro fundador, International Association for Women's Mental Health. ³ Médico psiquiatra. Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁴ Psiquiatra, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, USP, São Paulo, SP. ⁵ Médico psiquiatra. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria – Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. ⁶ Psiquiatra forense, psicogeriatra e psicoterapeuta pela ABP. Psiquiatra, ProMulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ⁷ Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁸ Médica psiquiatra pela ABP. Membro fundador, Serviço de Saúde Mental da Mulher e Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP. Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ). Presidente da ABP, 2010-2013.

as respostas prévias aos psicofármacos e a efetividade no tratamento do TOC⁵⁹.

O tratamento farmacológico deverá, sempre que possível, ser mantido em monoterapia e terá de ser considerado em pacientes com quadros graves, quando há sintomas depressivos e ansiosos graves associados, na presença de risco de suicídio e quando há considerável prejuízo do sono e da alimentação. O uso de psicofármacos também é indicado em pacientes com TOC moderado a grave, não responsivo à TCC, ou mesmo quando for da preferência da paciente. Todos os passos da decisão terapêutica devem ser tomados em conjunto com a paciente e seus familiares, após informados sobre os riscos e benefícios do tratamento medicamentoso⁶⁰.

Existe uma escassez de estudos placebo-controlados sobre o tratamento medicamentoso do TOC no período perinatal, de forma que se recomenda seguir os protocolos de tratamento para a população geral, porém levando-se em consideração os potenciais efeitos adversos das medicações para o feto e/ou lactente⁶¹.

Tratamento farmacológico na gestação

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são os fármacos mais comumente indicados para o tratamento do TOC⁶¹. A maior parte dos antidepressivos não foi associado ao aumento do risco de malformações congênitas⁶²; no entanto, a exposição a ISRS durante a gestação apresentou associação com um aumento do risco de aborto espontâneo (odds ratio = 1,5), com a diminuição em 4 dias na idade gestacional e com a redução do peso ao nascer (em 74 g)⁶³.

A exposição tardia aos fármacos serotoninérgicos demonstrou associação com a síndrome da má adaptação neonatal, a qual leva a sintomas geralmente autolimitados, tais como inquietação, dificuldade para se alimentar e para respirar. Por esse motivo, recomenda-se que neonatos expostos a essas medicações próximo ao parto sejam monitorados por pelo menos 48 horas após o parto⁶⁴.

Alguns estudos encontraram uma associação do uso de ISRS durante o final da gestação com a hipertensão pulmonar persistente do neonato, apresentando um risco absoluto de 2,9 a 3,5 para cada 1.000 infantes, enquanto o risco na população geral é de dois casos para 1.000⁶⁵.

Um aumento no risco de malformações cardiovasculares, particularmente defeitos do septo ventricular e do septo atrial, foi associado à exposição à paroxetina no primeiro trimestre (odds ratio = 1,5)⁶⁶. No entanto, boa parte dessas complicações tem resolução espontânea e não acarreta prejuízo funcional significativo⁶⁷. Estudos também encontraram associação entre o uso de fluoxetina no início da gestação e um pequeno aumento de malformações congênitas⁶⁵. Dessa forma, a sertralina, o citalopram e o escitalopram parecem ser as opções mais favoráveis durante o período gestacional⁶⁸. A fluvoxamina deve ser utilizada com cautela, devido ao limitado número de estudos com essa substância nesse período.

O antidepressivo tricíclico (ADT) clomipramina também é um fármaco recomendado como de primeira linha para o tratamento do TOC na população geral⁶⁹, porém o seu uso durante a gestação foi associado ao aumento de malformações cardiovasculares^{67,70-72}. Outros fatores que desencorajam o uso dessa medicação foram o maior risco de má adaptação neonatal comparado ao de outros ADT⁷⁰ e a menor tolerância pelas pacientes em relação aos ISRS⁶⁹. A venlafaxina tem um perfil de segurança mais favorável que a clomipramina, no entanto existe menos evidência quanto ao seu uso para o tratamento do TOC em relação a esta^{73,74}.

Apesar do risco aumentado de malformações cardiovasculares associado à paroxetina e à clomipramina, o seu uso deve ser discutido com a paciente em determinados casos, como, por exemplo, no caso de boa resposta prévia⁶².

A amamentação não é contraindicada durante o tratamento com antidepressivos. As preocupações relacionadas com o uso de medicações durante o aleitamento incluem as reações adversas em curto prazo e efeitos no neurodesenvolvimento em longo prazo⁶².

Tratamento farmacológico no período pós-parto

Não foram encontrados estudos placebo-controlados avaliando a eficácia dos antidepressivos em mulheres com TOC no período pós-parto. Sugere-se, entretanto, que os ISRS consistam, igualmente, em medicações de primeira escolha^{69,75}.

Em mulheres que não estão amamentando, deve-se seguir os protocolos de tratamento para o TOC

ARTIGO DE REVISÃO

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÒ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISELE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

na população geral. Quanto às mulheres que estão amamentando, considera-se que as medicações mais indicadas, avaliando o baixo risco durante a lactação, sejam a sertralina, o citalopram e o escitalopram⁶². A fluoxetina e a paroxetina são menos recomendadas por apresentarem uma maior meia-vida, um discreto aumento dos índices de reações adversas menores em lactentes e pela associação com malformações cardíacas em gestações subsequentes⁷⁶.

Não foram encontrados, pelos autores, relatos acerca de efeitos negativos da fluvoxamina na amamentação, e essa é uma medicação que possui um baixo índice de transferência para o leite, porém existem poucos estudos disponíveis com a mesma no pós-parto⁷⁵.

Ainda, sobre a clomipramina, um estudo demonstrou que não houve efeitos colaterais em lactentes quando utilizada nas doses de 50 a 150 mg/dia⁷⁰. Todavia, essa medicação tem menos dados disponíveis quanto à sua segurança na amamentação e geralmente causa mais efeitos colaterais na mãe⁷⁵. A venlafaxina não tem efeitos adversos relatados em lactentes⁷⁶⁻⁷⁹ no entanto sua evidência ainda é limitada na amamentação⁶².

Para as últimas informações disponíveis quanto à segurança das medicações na lactação, o clínico pode consultar o site LactMed⁵⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres têm um risco aumentado para a apresentação de SOC e para o desencadeamento ou exacerbação do TOC no período perinatal. Esses sintomas trazem sofrimento e, quando não identificados e tratados, podem trazer consequências desfavoráveis à vida pessoal e familiar da mulher. Além do mais, podem prejudicar o vínculo com o bebê, de forma a impactar seu desenvolvimento neuropsicomotor³³⁻³⁷. É importante que os profissionais de saúde mental estejam informados sobre tais sintomas e que o clínico questione a presença de obsessões e compulsões, essencialmente em mulheres com histórico psiquiátrico prévio, principalmente de depressão. Ao identificar o transtorno, deve-se avaliar as alternativas de tratamento de forma individualizada, orientando a paciente e seus familiares sobre os riscos e benefícios do tratamento farmacológico quando este for indicado.

Artigo submetido em 04/01/2018, aceito em 22/03/2018. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Luísa Caropreso, Rua Barão do Rio Branco, 207, sala 01, CEP 89251-400, Jaraguá do Sul, SC. E-mail: luisacaropreso@gmail.com

Referências

1. American Psychiatric Association. Obsessive-compulsive and related disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 235-64.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 418-36.
3. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:377-85.
4. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009;50:503-9.
5. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:330-4.
6. Labad J, Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:428-35.
7. Guglielmi V, Vulink NC, Denys D, Wang Y, Samuels JF, Nestadt G. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depress Anxiety*. 2014;31:979-87.
8. Forry A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy

- and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1061-8.
9. Uguz F, Kaya V, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E. Clinical correlates of worsening obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:197-9.
 10. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormone and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003;74:67-83.
 11. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005;88:9-18.
 12. Pedersen CA, Prange AJ Jr. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1979;76:6661-5.
 13. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of oxytocin in obsessive-compulsive disorder. Comparison with Tourette's syndrome and healthy controls. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:782-92.
 14. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 1994;19:723-49.
 15. Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther*. 2007;45:2155-63.
 16. Woodward K. Motherhood identities, meanings and myths. In: Woodward K, editor. *Identity and difference*. London: SAGE; 1997. p. 239-98.
 17. McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behav Cogn Psychother*. 2011;39:285-310.
 18. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res*. 1999;89:49-58.
 19. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Archs Womens Meant Health*. 2016;19:3-10.
 20. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007;48:441-5.
 21. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive compulsive disorder: incidence, clinical features and related factors. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:132-8.
 22. Diaz SF, Grush LR, Sichel DA, Cohen LS. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the puerperium. In: Dicstein LJ, Riba MB, Oldham JM, editors. *Review of psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1997. Vol 16. p. 97-112.
 23. Sichel DA, Cohen LS, Rosenbaum JF, Driscoll J. Postpartum onset of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*. 1993;34:277-9.
 24. Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry*. 1993;54:156-9.
 25. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16:233-48.
 26. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behav Res Ther*. 1984;22:549-52.
 27. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther*. 1993;31:713-20.
 28. Christian LM, Storch EA. Cognitive behavioral treatment of postpartum onset: obsessive compulsive disorder with aggressive obsessions. *Clin Case Stud*. 2009;8:72-83.
 29. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and puerperium: a review of literature. *J Anxiety Disord*. 2003;17:461-78.
 30. Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsál K. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;74:149-55.
 31. Sanchez SE, Puente GC, Atencio G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, et al. Risk of spontaneous preterm

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÒ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISELENE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

- birth in relation to maternal depressive, anxiety and stress symptoms. *J Reprod Med.* 2013;58:25-33.
32. Loomans EM, van der Stelt O, van Eijsden M, Gemke RJ, Vrijkotte T, den Bergh BR. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Hum Dev.* 2011;87:565-70.
33. Buss C, Davis EP, Hobel CJ, Sandman CA. Maternal pregnancy specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. *Stress.* 2011;14:665-76.
34. Leis JA, Heron J, Stuart EA, Mendelson T. Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter? *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42:161-71.
35. Talge NM, Neal C, Glover V; Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48:245-61.
36. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord.* 2014;159:103-10.
37. Van Batenburg-Eddes T, Brion MJ, Henrichs J, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54:591-600.
38. Uguz F, Onder Sonmez E, Sahingoz M, Gokmen Z, Basaran M, Gezginc K, et al. Neuroinflammation in the fetus exposed to maternal obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a comparative study on cord blood tumor necrosis factor-alpha levels. *Compr Psychiatry.* 2014;55:861-5.
39. Lan X, Chen Q, Wang Y, Jia B, Sun L, Zheng J, et al. TNF- α affects human cortical neural progenitor cell differentiation through the autocrine secretion of leukemia inhibitory factor. *PLoS One.* 2012;7:e50783.
40. LaSalle VH, Cromer KR, Nelson KN, Kazuba D, Justement L, Murphy DL. Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2004;19:163-73.
41. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2002;43:204-9.
42. Denys D, Tenney N, van Megen HJ, de Geus F, Westenberg HG. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2004;80:155-62.
43. Rosa-Alcazar AI, Sanchez-Meca J, Gomez-Conesa A, Marin-Martinez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1310-25.
44. Jonsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:98-106.
45. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD005333.
46. Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2011;11:200.
47. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:621-32.
48. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety.* 2011;28:560-7.
49. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:44-52.

50. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2004;24:1011-30.
51. Noordik E, van der Klink JJ, Klingen EF, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJ. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. *BMC Public Health.* 2010;10:598.
52. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162:151-61.
53. Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? *Biol Psychiatry.* 2002;52:987-97.
54. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S, et al. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165:621-30.
55. Simpson HB, Liebowitz MR, Foa EB, Kozak MJ, Schmidt AB, Rowan V, et al. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2004;19:225-33.
56. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M; et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14:S1.
57. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016;190:543-50.
58. Byatt N, Deligiannidis KM, Freeman MP. Antidepressant use in pregnancy: a critical review focused on risks and controversies. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:94-114.
59. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:403-13.
60. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a clinical approach. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37:334-42.
61. Ross LE, McLean ML. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1285-98.
62. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry.* 2016;61:588-603.
63. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, Vonderporten EH, Roerecke M, Rehm J, et al. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:436-43.
64. Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and infant outcomes. *Paediatr Child Health.* 2011;16:562-3.
65. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehm J, Dennis CL, et al. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:e293-308.
66. Wurst KE, Poole C, Ephross SA, Olshan AF. First trimester paroxetine use and the prevalence of congenital, specifically cardiac, defects: a meta-analysis of epidemiological studies. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2010;88:159-70.
67. Yonkers KA, Blackwell KA, Glover J, Forray A. Antidepressant use in pregnancy and postpartum women. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:369-92.
68. Myles N, Newall H, Ward H, Large M. Systematic meta-analysis of individual selective

ARTIGO DE REVISÃO

LUÍSA CAROPRESO
JOEL RENNÒ JR
RENAN ROCHA
JULIANA PIRES CAVALSAN
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
HEWDY LOBO RIBEIRO
AMAURY CANTILINO
GISELE VALADARES
ANTONIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

- serotonin reuptake inhibitor medications and congenital malformations. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:1002-12.
69. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12:187-97.
70. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13:207-25.
71. Källén B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defects. *Reprod Toxicol*. 2006;21:221-2.
72. Källén BA1, Otterblad Olausson P. Maternal drug use in early pregnancy and infant cardiovascular defects. *Reprod Toxicol*. 2003;17:255-61.
73. Denys D, van der Wee N, van Megen HJ, Westenberg HG. A double-blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23:568-75.
74. Albert U, Aguglia E, Maina G, Bogetto F. Venlafaxine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:1004-9.
75. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during breastfeeding. *Am J Ther*. 2016 Sep 19. [Epub ahead of print]. doi: 10.1097/MJT.0000000000000500.
76. Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30:4-20.
77. Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013;59:633-4.
78. Patil AS, Kuller JA, Rhee EH. Antidepressants in pregnancy: a review of commonly prescribed medications. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66:777-87.
79. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a safety index. *Drug Saf*. 2007;30:107-21.



CURSO ONLINE

APENAS R\$149!

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

AMPLIE O SEU CONHECIMENTO COM DOIS DOS MAIORES NOMBES

DO ASSUNTO NO BRASIL: tdahonline.com/curso-online-tdah

PSICÓLOGO PROF. DR. LEANDRO MALLOY-DINIZ | PSQUIATRA PROF. DR. PAULO MATTOS