

Edição XX

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 20

ALTERAÇÕES DE HUMOR E TRANSTORNOS MENTAIS NO PERÍODO GRAVÍDICO E PUERPERAL

ANA BEATRIZ LACERDA MONTEIRO LISBOA¹
ANA JÚLIA FERREIRA¹
DANIELA DUARTE RODRIGUES BRAGA²

1. Discente - Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
2. Médica – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Palavras-Chaves: *Transtornos Mentais; Gestante; Puérpera.*

INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério representam fases de intensas transformações físicas, hormonais, psicológicas e sociais na vida da mulher. Durante séculos, a maternidade foi culturalmente associada a sentimentos de plenitude, felicidade e realização. Entretanto, a literatura científica contemporânea demonstra que, paralelamente às experiências positivas, estes períodos constituem momentos de significativa vulnerabilidade emocional, nos quais se observa maior suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a saúde mental materna como um dos pilares da atenção obstétrica, uma vez que alterações psicológicas não tratadas repercutem não apenas na gestante, mas também no feto, no recém-nascido e na dinâmica familiar. Pesquisas recentes têm demonstrado que até 20% das mulheres no período perinatal apresentam algum grau de sofrimento psíquico clinicamente relevante, variando desde quadros de ansiedade leve até condições graves como depressão maior, psicose puerperal e transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto (CANTILINO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2022). Tais transtornos não devem ser compreendidos de forma isolada, mas sim dentro de um contexto biopsicossocial, no qual fatores biológicos, hormonais, psicológicos e sociais interagem de maneira complexa. Além disso, o estigma associado à saúde mental frequentemente contribui para a subnotificação e para a dificuldade de acesso a serviços especializados, especialmente em países de baixa e média renda. Diante desse cenário, torna-se imprescindível que ginecologistas, obstetras, enfermeiros e equipes multiprofissionais tenham conhecimento aprofundado sobre o tema, incorporando protocolos de rastreio, estratégias terapêuticas baseadas em evidências e ações de prevenção que considerem as especificidades culturais e individuais

de cada paciente. Este capítulo tem como objetivo revisar as evidências científicas disponíveis sobre as alterações de humor e os transtornos mentais no período gravídico-puerperal, discutindo suas bases neurobiológicas, epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas, comorbidades, implicações obstétricas, estratégias de prevenção, intervenções terapêuticas e considerações éticas.

Bases neurobiológicas e hormonais

O período gravídico-puerperal é marcado por uma série de mudanças neuroendócrinas que afetam diretamente a regulação do humor. Durante a gestação, observa-se um aumento progressivo dos hormônios sexuais, especialmente do estradiol e da progesterona. Esses hormônios desempenham papel crucial na manutenção da gravidez, mas também influenciam sistemas neuroquímicos relacionados à modulação do afeto. Após o parto, ocorre uma queda abrupta desses níveis, gerando uma instabilidade neurobiológica que pode precipitar sintomas depressivos e ansiosos em mulheres suscetíveis (EISENLOHR-MOUL *et al.*, 2023). Estudos sugerem que a sensibilidade individual às variações hormonais explica por que algumas mulheres desenvolvem sintomas psiquiátricos enquanto outras não apresentam alterações significativas. Essa sensibilidade hormonal está relacionada a alterações nos receptores de esteroídes sexuais presentes em áreas cerebrais como o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal, regiões críticas para a regulação das emoções. Além das alterações nos hormônios sexuais, há modificações importantes no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), responsável pela resposta ao estresse. O HPA encontra-se hiperativado durante a gestação, preparando o organismo materno para lidar com demandas fisiológicas e emocionais aumentadas. Entretanto, em algumas mulheres, essa hiperatividade persiste após o parto, resultando em maior

vulnerabilidade a quadros ansiosos e depressivos (CANTWELL, 2021). Outro aspecto fundamental é a participação de neurotransmissores como serotonina, dopamina e GABA. Disfunções nesses sistemas têm sido relacionadas ao desenvolvimento de transtornos de humor perinatais. Por exemplo, alterações na neurotransmissão serotoninérgica explicam a resposta positiva de muitas pacientes ao uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Portanto, a compreensão dos mecanismos neurobiológicos é essencial não apenas para o diagnóstico precoce, mas também para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficazes e seguras para gestantes e puérperas.

Epidemiologia e impacto em saúde pública

A prevalência de transtornos mentais no período perinatal varia amplamente entre países, refletindo diferenças socioeconômicas, culturais e metodológicas entre os estudos. Nos países de alta renda, a prevalência de depressão perinatal situa-se entre 10% e 15%, enquanto em países de baixa e média renda pode ultrapassar 40% (SILVA *et al.*, 2022). No Brasil, estudos epidemiológicos apontam taxas de até 63% de transtornos mentais comuns durante a gestação, o que revela um cenário de extrema preocupação para a saúde pública. A depressão pós-parto é uma das condições mais estudadas e afeta cerca de 13% a 26% das mulheres, dependendo do contexto socioeconômico (CANTILINO *et al.*, 2010). Além de comprometer a saúde materna, a depressão pós-parto está associada a desfechos adversos para o bebê, incluindo dificuldades de amamentação, problemas de apego e maior risco de atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional. A psicose puerperal, embora rara (0,2%), representa uma emergência psiquiátrica grave, frequentemente associada

ao risco de suicídio e infanticídio. Já os transtornos ansiosos, que incluem o transtorno de ansiedade generalizada, fobias e o transtorno obsessivo-compulsivo, podem acometer até 20% das gestantes (MILLER & O'HARA, 2023). Outro transtorno de grande relevância clínica é o transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto (TEPT-P), cuja prevalência varia entre 3% e 6%. Esse transtorno é frequentemente subdiagnosticado, mas pode ter impacto devastador na vida da mulher, prejudicando sua relação com o bebê e dificultando a vivência da maternidade (HORSCH *et al.*, 2024). Tais dados epidemiológicos reforçam a necessidade de estratégias de rastreio sistemático e de políticas públicas que considerem a saúde mental materna como prioridade.

Fatores de risco

O desenvolvimento de transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. No campo biológico, o histórico psiquiátrico prévio é um dos principais preditores, uma vez que mulheres com antecedentes de depressão ou transtorno bipolar apresentam maior probabilidade de recaída durante a gestação ou o pós-parto (SOARES *et al.*, 2001). Outros fatores biológicos incluem complicações obstétricas, condições clínicas como diabetes e hipertensão, e predisposição genética para doenças psiquiátricas. Do ponto de vista psicológico, destacam-se o medo do parto, experiências prévias de violência sexual, baixa autoestima e dificuldades em lidar com o papel materno. Mulheres com histórico de trauma ou abuso apresentam risco significativamente maior de desenvolver TEPT relacionado ao parto (HORSCH *et al.*, 2024). Já os fatores sociais exercem impacto determinante: baixa escolaridade, ausência de apoio familiar ou conjugal, gravidez não planejada e violência doméstica estão fortemente associados ao desenvolvimento de de-

pressão e ansiedade perinatais (SILVA *et al.*, 2022). O contexto cultural também exerce influência, já que em algumas sociedades a maternidade é acompanhada de expectativas rígidas, aumentando a pressão psicológica sobre a mu-

lher. Portanto, os transtornos mentais no período gravídico-puerperal devem ser compreendidos como resultado de um modelo biopsicossocial, no qual múltiplos fatores interagem para potencializar a vulnerabilidade (**Tabela 20.1**).

Tabela 20.1 Principais fatores de risco para transtornos mentais perinatais

Fator de risco	Evidência
Histórico psiquiátrico prévio	Forte associação com recorrência de sintomas
Gravidez não planejada	Aumenta a vulnerabilidade emocional
Ausência de apoio social ou familiar	Contribui para isolamento e ansiedade
Violência doméstica	Associada a altos níveis de depressão
Complicações obstétricas	Pode intensificar sentimento de culpa

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas dos transtornos mentais no período gravídico-puerperal são variadas e dependem do tipo de transtorno em questão, bem como da intensidade dos sintomas e da presença de fatores de risco associados. Entre as manifestações mais comuns está a chamada 'disforia puerperal', caracterizada por instabilidade emocional, choro frequente, irritabilidade e hipersensibilidade. Embora seja considerada uma condição transitória, atingindo entre 50% e 85% das mulheres no pós-parto imediato, pode evoluir para quadros mais graves quando os sintomas persistem (CANTILINO *et al.*, 2010). A depressão perinatal, por sua vez, apresenta quadro clínico semelhante ao observado em outros contextos, incluindo humor deprimido, anedonia, fadiga intensa, alterações no sono e apetite, sentimento de culpa e ideação suicida. No entanto, o contexto materno adiciona características específicas, como sentimentos de incapacidade em desempenhar o papel de mãe, medo de prejudicar o bebê e dificuldades de vínculo afetivo. Já os transtornos ansiosos podem se manifestar por sintomas somáticos como palpitações, sudorese, tremores e dispnéia, além de preocupações excessivas com a saúde do bebê, medo de complicações obstétri-

cas e comportamentos compulsivos relacionados ao cuidado neonatal (MILLER & O'HARA, 2023). A psicose puerperal, embora rara, representa a forma mais grave de adoecimento mental nesse período, caracterizando-se por alterações do pensamento, delírios persecutórios ou místicos, alucinações auditivas e visuais, desorganização do comportamento e risco elevado de autoextermínio ou infanticídio (SOARES *et al.*, 2001). O transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto (TEPT-P) inclui sintomas de revivência do evento traumático, pesadelos recorrentes, evitação de situações associadas ao parto e hipervigilância constante (HORSCH *et al.*, 2024). É importante destacar que muitas vezes esses quadros apresentam sobreposição, dificultando o diagnóstico diferencial e exigindo avaliação clínica minuciosa.

Diagnóstico e métodos de rastreio

O diagnóstico dos transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal requer abordagem clínica cuidadosa e multidimensional. Ferramentas de rastreio padronizadas têm se mostrado eficazes na identificação precoce de sintomas depressivos e ansiosos. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) é o instrumento mais amplamente utilizado, validado em diversos países, incluindo o Brasil, e

consiste em 10 itens de autoavaliação que permitem detectar sintomas depressivos em puérperas (RONDUNG *et al.*, 2023). Para rastrear sintomas de ansiedade, instrumentos como o GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder Assessment*) e o STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) são frequentemente empregados. Já o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) pode ser útil tanto para sintomas depressivos quanto para avaliação de gravidade. Embora os questionários de rastreio sejam ferramentas valiosas, o diagnóstico definitivo deve ser realizado por meio de avaliação clínica criteriosa, incluindo entrevista psiquiátrica estruturada, anamnese detalhada e avaliação de antecedentes pessoais e familiares. Outro aspecto importante é a diferenciação entre manifestações transitórias e quadros clínicos persistentes. Por exemplo, a disforia puerperal deve ser distinguida da depressão pós-parto, evitando a sobremedicalização de condições autolimitadas e garantindo tratamento adequado para quadros mais graves. O envolvimento de equipes multiprofissionais — incluindo obstetras, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros — é fundamental para garantir diagnóstico mais preciso e planos terapêuticos integrados.

Comorbidades clínicas e psiquiátricas

Mulheres com transtornos mentais no período perinatal frequentemente apresentam comorbidades clínicas e psiquiátricas que complicam o manejo terapêutico. Estudos apontam que gestantes com depressão ou ansiedade apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais e doenças autoimunes (KHACHADOURIAN *et al.*, 2023). Além disso, há maior prevalência de condições obstétricas adversas, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e parto prematuro. Do ponto de vista psiquiátrico, os transtornos de humor frequentemente coexistem com transtornos ansiosos, transtornos relacionados

ao uso de substâncias e transtornos de personalidade, o que aumenta a gravidade dos sintomas e dificulta a adesão ao tratamento. A presença de múltiplas comorbidades reforça a necessidade de abordagem multidisciplinar e integrada, capaz de lidar com a complexidade clínica dessas pacientes.

Implicações obstétricas e neonatais

As implicações dos transtornos mentais maternos extrapolam a esfera individual, afetando diretamente os desfechos obstétricos e neonatais. Evidências indicam que mulheres com depressão não tratada apresentam risco aumentado de parto prematuro, baixo peso ao nascer e complicações perinatais (CANTWELL, 2021). A psicose puerperal pode comprometer gravemente a segurança da díade mãe-bebê, devido ao risco de comportamentos auto ou heteroagressivos. O TEPT relacionado ao parto, por sua vez, prejudica a experiência de maternidade e pode interferir na amamentação, no vínculo afetivo e no desenvolvimento socioemocional da criança (HORSCH *et al.*, 2024). Além disso, há impacto direto sobre o bem-estar da família, com aumento de conflitos conjugais, dificuldades financeiras e sobrecarga emocional. Esses desfechos negativos evidenciam a necessidade de estratégias preventivas e intervenções precoces, a fim de proteger não apenas a saúde materna, mas também a do recém-nascido e da família como um todo.

Estratégias terapêuticas

O tratamento dos transtornos mentais no período gravídico-puerperal exige extrema cautela, uma vez que envolve duas vidas simultaneamente: a da mãe e a do feto/recém-nascido. A decisão terapêutica deve equilibrar riscos e benefícios, considerando os possíveis efeitos adversos dos psicofármacos frente às consequências negativas da doença não tratada. As abordagens não farmacológicas são preferenciais

como primeira linha em casos leves a moderados. Entre elas, destaca-se a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que tem demonstrado eficácia comprovada no manejo de sintomas depressivos e ansiosos em gestantes e puérperas. A terapia interpessoal (TIP) também se mostra especialmente útil, pois foca nas mudanças de papéis sociais e nas relações interpessoais, aspectos frequentemente desafiadores durante a maternidade (CANTWELL, 2021). Intervenções inovadoras, como a dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR), vêm sendo utilizadas no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto, com resultados promissores (HORSCH *et al.*, 2024). Grupos de apoio e psicoterapia em grupo são estratégias complementares importantes, pois reduzem o isolamento social e oferecem suporte emocional. Nos casos mais graves, a farmacoterapia torna-se necessária. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como a sertralina e a fluoxetina, são considerados de primeira escolha, por apresentarem perfil relativamente seguro na gestação e lactação (SOARES *et al.*, 2001). Antidepressivos tricíclicos, embora menos utilizados atualmente, também possuem evidências de eficácia. Os antipsicóticos atípicos podem ser indicados em casos de psicose puerperal, sempre com rigoroso acompanhamento clínico. A internação hospitalar pode ser necessária em situações de risco iminente de suicídio ou infanticídio, especialmente em quadros psicóticos graves. Unidades materno-infantis especializadas têm sido propostas como alternativa mais adequada, permitindo o acompanhamento do binômio mãe-bebê e favorecendo a manutenção do vínculo afetivo durante o tratamento. Além disso, estratégias complementares como atividade física regular, técnicas de relaxamento, *mindfulness* e intervenções nutricionais vêm ganhando destaque como recursos auxiliares no

cuidado integral. Assim, o manejo terapêutico deve ser individualizado, multiprofissional e baseado em evidências, sempre respeitando as necessidades e escolhas da mulher.

Prevenção e intervenção

A prevenção dos transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal deve ser vista como prioridade em saúde pública. Programas de rastreamento precoce, realizados durante as consultas de pré-natal, possibilitam identificar mulheres em situação de risco e implementar medidas preventivas. O rastreio universal utilizando instrumentos validados, como a EPDS e o PHQ-9, é altamente recomendado (RONDUNG *et al.*, 2023). A integração entre obstetrícia e saúde mental é fundamental para garantir o cuidado integral. Equipes multiprofissionais, compostas por obstetras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, podem oferecer suporte clínico e psicossocial mais abrangente. Além disso, políticas públicas voltadas à saúde materna devem contemplar a promoção da saúde mental, com ações de planejamento reprodutivo, apoio à amamentação e combate à violência doméstica (SILVA *et al.*, 2022). Modelos internacionais de prevenção, como os programas de visitas domiciliares no período pós-natal, têm demonstrado redução significativa da prevalência de depressão pós-parto em diversos países. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família pode desempenhar papel central nesse processo, fortalecendo o vínculo entre serviços de saúde e comunidade. Adicionalmente, campanhas de conscientização são necessárias para reduzir o estigma em torno das doenças mentais e incentivar as mulheres a buscar ajuda. Portanto, a prevenção deve ser compreendida como um processo contínuo, que se inicia ainda no pré-natal e se estende até o período puerperal, envolvendo ações clínicas, psicossociais e políticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no período perinatal: revisão e atualização. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 3, p. 273-282, 2010. Doi: 10.1590/S0101-60832010000600006

CANTWELL, R. Mental health and pregnancy: clinical implications. *Obstetrics & Gynecology*, v. 137, n. 1, p. 12-21, 2021. Doi: 10.1111/anae.15424.

EISENLOHR-MOUL, T.A. *et al.* Hormonal sensitivity and perinatal depression: neuroendocrine perspectives. *Journal of Affective Disorders*, v. 332, p. 85-94, 2023.

HORSCH, A. *et al.* Postpartum post-traumatic stress disorder: risk factors and maternal outcomes. *The Lancet Psychiatry*, v. 11, n. 1, p. 45-56, 2024.

KHACHADOURIAN, V. *et al.* Maternal mental health and comorbidities: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 229, n. 5, p. 421-430, 2023. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.1.

MILLER, E.S. & O'HARA, M.W. Perinatal anxiety disorders: epidemiology, assessment and treatment. *Current Psychiatry Reports*, v. 25, n. 2, p. 100-112, 2023.

RONDUNG, E. *et al.* Screening tools for perinatal depression and anxiety: a systematic review. *BMJ Open*, v. 13, n. 4, p. e065987, 2023. Doi.org/10.1111/aogs.14734

SILVA, R.A. *et al.* Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns na gestação: estudo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. e00123421, 2022.

SOARES, C.N. *et al.* Treatment of perinatal depression: clinical challenges and pharmacological options. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 62, p. 30-35, 2001. Doi: 10.1007/s40266-013-0100-1.