



**Gabriela Bianca Frizzo**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II**  
**SUGESTÃO DE PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PSICOSE**  
**PUERPERAL**

Santa Maria, RS

2019

**Gabriela Bianca Frizzo**

**SUGESTÃO DE PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PSICOSE  
PUERPERAL**

Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG II.

Orientador: Professor Fábio Martins Pereira

Santa Maria, RS

2019

**Gabriela Bianca Frizzo**

**SUGESTÃO DE PROTOCOLO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PSICOSE  
PUERPERAL**

Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG II.

---

Fábio Martins Pereira – Orientador (UFN)

---

Kelly Carvalho Silveira Gonçalves (UFN)

---

Felipe Salles de Salles (UFN)

Aprovada em 16 de dezembro de 2019

## RESUMO

Apesar do puerpério ser um momento singular na vida de uma mulher e sabidamente aumentar a vulnerabilidade para alterações psíquicas, não existe uma categoria específica nos sistemas de classificação atuais, para transtornos psiquiátricos que ocorrem nessa fase. Certamente o transtorno psiquiátrico do pós-parto com desfecho mais sombrio é a psicose puerperal, dessa forma, esse trabalho visa explicar mais sobre esse transtorno afim de facilitar sua identificação. Nesse contexto, o trabalho objetiva sugerir um protocolo com fluxograma para o diagnóstico de psicose puerperal. Realizou-se uma busca nas bases de dados científicos MEDLINE e Lilacs por meio das bibliotecas virtuais BVS, SciELO, além do PubMed. Psicose Puerperal foi o principal termo descritor utilizado nas buscas. A partir do enquadramento dos principais sintomas descritos na literatura foi possível estabelecer um protocolo de análise, que uma vez consolidado, apresenta potencial uso como ferramenta de diagnóstico precoce da psicose puerperal.

**Palavras-chave:** Puerpério. Psicose no pós-parto. Transtornos psiquiátricos.

## ABSTRACT

Although puerperium is a unique moment in woman's life and known to increase vulnerability to psychic changes, there isn't a specific category in the current classification system for psychiatric disorders that occur in that phase. Certainly, the postpartum psychiatric disorder that presents the darkest outcome is puerperal psychosis. With that, this thesis aims to explain better this disorder and facilitate its identification. In this context, the study aims to suggest a protocol with flowchart for the diagnosis of puerperal psychosis. A search in the MEDLINE and Lilacs scientific databases was carried out through the BVS and SciELO virtual libraries, in addition to PubMed. Puerperal psychosis was the main descriptor term used in searches. From the classification of the main symptoms described in the literature, it was possible to establish an analysis protocol, which once consolidated, has potential use as a tool for early diagnosis of puerperal psychosis.

**Key words:** Puerperium. Postpartum psychosis. Psychiatric disorders

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> – Proporção de incidência de sintomas de acordo com perfil de apresentação da psicose pós-parto. .... | 19 |
|---|----|

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Termos descritores e os portais de busca utilizados no levantamento. .. | 11 |
| <b>Tabela 2</b> – Características clínicas da psicose pós-parto. ....                     | 21 |
| <b>Tabela 3</b> – Fatores de risco associados à psicose puerperal .....                   | 23 |
| <b>Tabela 4</b> – Hipóteses etiológicas da psicose pós-parto .....                        | 24 |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....                 | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....                | <b>9</b>  |
| <b>3</b> | <b>CLASSIFICAÇÕES</b> .....             | <b>12</b> |
| <b>4</b> | <b>DIAGNÓSTICO</b> .....                | <b>15</b> |
| 4.1      | SINTOMAS.....                           | 17        |
| 4.2      | FATORES DE RISCO .....                  | 22        |
| 4.3      | HIPÓTESES ETIOLÓGICAS .....             | 24        |
| 4.4      | PROGNÓSTICO.....                        | 25        |
| 4.5      | TRATAMENTO.....                         | 26        |
| <b>5</b> | <b>CONCLUSÃO</b> .....                  | <b>27</b> |
| <b>6</b> | <b>FLUXOGRAMA</b> .....                 | <b>28</b> |
| <b>7</b> | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> ..... | <b>29</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Transtornos psiquiátricos dos mais variados podem acometer pessoas das mais distintas faixas etárias, dos mais diferentes níveis sociais e culturais e de ambos os sexos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), uma em cada quatro pessoas desenvolverá algum transtorno mental durante a vida. Isso se deve à etiologia multifatorial da maioria deles, como a influência do meio, as alterações fisiológicas, o uso de substâncias e a carga genética.

As mulheres, especialmente, já têm o dobro de chance de desenvolverem algum transtorno de humor ao longo da vida (CANTILINO; ZAMBALDI, 2012), sendo o puerpério a fase de maior vulnerabilidade para apresentar distúrbios psíquicos (MEDINA-SERDÁN, 2013) devido às alterações fisiológicas, sociais, físicas e emocionais inerentes ao período. Um breve conceito descritivo sobre essa fase é encontrado no relato de Zugaib et al. (2016):

O puerpério, ou período pós-parto, tem início após a dequitação e se estende até 6 semanas completas após o parto. Essa definição é baseada nos efeitos acarretados pela gestação em diversos órgãos maternos, que, ao final desse período, já retornaram ao estado pré-gravídico. Entretanto, pelo fato de nem todos os sistemas maternos retomarem à condição primitiva até o término da sexta semana, alguns estudos postergam o final do puerpério para até 12 meses após o parto.

Nesse período singular, cerca de 80% das mulheres podem apresentar um quadro de alteração psíquica (MEDINA-SERDÁN, 2013). Nesse caso, a disforia puerperal (*baby blues/blues puerperal*), desponta com a prevalência de 50% a 80% dos diagnósticos, seguida pela depressão pós-parto com 10% a 43% de eventos (CANTILINO et al., 2010) e a psicose puerperal com 0,089% a 0,26% dos registros (VANDERKRUIK et al., 2017). Recentemente, outros distúrbios desencadeados ou acentuados pelo período pós-parto estão sendo discutidos, como os transtornos ansiosos, o transtorno de humor bipolar e o transtorno obsessivo compulsivo (CANTILINO et al., 2010).

Apesar de ser uma enfermidade já relatada desde o século XIX, a psicose puerperal ainda é o transtorno menos estudado da fase pós-parto (BERGINK et al., 2016). Contudo, é também, o mais preocupante e grave, por conta do prejuízo que gera no vínculo entre a mãe e o bebê, afetando todo seu posterior desenvolvimento, além do seu desfecho mais grave e preocupante, o infanticídio, que apresenta taxa de incidência na ordem de 4%, de acordo com Karakasi et al. (2017).



A psicose pós-parto pode ocorrer como um episódio isolado, como agudização de uma doença crônica ou como o princípio de eventos futuros (TINKELMAN et al., 2017; KAMPERMAN et al., 2017). Seus sintomas iniciam de forma abrupta após o parto e incluem, principalmente, irritabilidade, alterações no sono, no humor e comportamento atípico.

Delírios religiosos podem ocorrer, além de ideias obsessivas sobre o bebê, muitas vezes envolvendo defeitos físicos, os quais inexistem. Ohara et al. (2014) e Bergink et al. (2016) relatam ainda que os pensamentos intrusos causam enorme sofrimento à mãe e, em sua ilusão, ela acredita estar fazendo bem ao recém-nascido, “salvando-o de um destino pior”, muitas vezes através de uma tentativa de infanticídio, o homicídio altruísta.

Apesar de várias teorias, sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida; mas, diferente da maioria das patologias psiquiátricas, possui um gatilho muito claro: o parto (OSBORNE et al., 2018; KAMPERMAN et al., 2017; BERGINK et al., 2016; FLORIO et al., 2016; BOYCE et al., 2010). O tratamento engloba drogas antipsicóticas, moduladores de humor, antidepressivos e a eletroconvulsoterapia, dependendo das particularidades de cada caso, como perfil da apresentação da doença, predominantemente maníaco, depressivo ou atípico, e doenças de base da mulher.

Nesse contexto, a relevância da psicose pós-parto, devido à sua gravidade e urgência de tratamento, aliada à lacuna de estudos sobre o tema e possível subdiagnóstico, motivam o desenvolvimento do presente trabalho, que objetiva trazer uma melhor descrição da doença e criar um fluxograma protocolar que auxilie profissionais da saúde na identificação de sinais e sintomas, e por consequência no diagnóstico precoce da patologia.

## 2 METODOLOGIA

Para realização desse trabalho, foi feita uma revisão da literatura baseada nos bancos de dados do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (do inglês: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* - MEDLINE) e do índice da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), os quais foram pesquisados através da Biblioteca Eletrônica Científica Online (do inglês: *Scientific Electronic Library Online* - SciELO), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do PubMed.

Os critérios de inclusão foram selecionados conforme a pertinência ao trabalho, dentre as opções oferecidas pelos portais de busca, após a pesquisa com as palavras-chave. Os idiomas utilizados para a escolha dos artigos foram o português, o inglês e o espanhol. Já o período revisado foi de, no máximo, 10 anos.

Além dos portais de busca, foram utilizados também o UpToDate, livros referência em psiquiatria e obstetrícia e outros materiais relevantes que serão referenciados.

No SciELO, a pesquisa foi realizada utilizando o termo principal *Postpartum Psychosis*, pois foi o que gerou mais resultados entre os termos “Psicose Puerperal”, três resultados, e “Psicose Pós-parto”, dois resultados, gerando ao todo sete resultados. Os critérios de inclusão foram: quanto às “áreas temáticas”, psiquiatria, obstetrícia e ginecologia, quanto ao “idioma”, português, inglês e espanhol e quanto ao “ano de publicação dos artigos”, 2009, 2010, 2012 e 2013. Também foi oferecido um artigo de 1945, o qual foi descartado. Após a aplicação dos critérios, quatro resultados foram mostrados, sendo duas publicações produzidas no Brasil, uma na Espanha e uma no México. Dois artigos são em português, um em inglês e um em espanhol. O detalhamento da pesquisa se tornou: `postpartum psychosis AND in:* AND journal_title:* AND year_cluster:("2009" OR "2010" OR "2012" OR "2013") AND wok_subject_categories:("psychiatry" OR "obstetrics & gynecology") AND is_citable:("is_true") AND type:("research-article" OR "review-article") AND la:("pt" OR "en" OR "es")`.

Na BVS a pesquisa básica foi realizada utilizando o termo *Psicose Puerperal* e 1.312 resultados foram gerados. A partir disso, os critérios de inclusão foram: quanto à “base de dados”, MEDLINE e LILACS, quanto ao “assunto principal”, transtornos psicóticos, transtornos puerperais, período pós-parto, infanticídio e programas de

rastreamento, quanto ao “idioma”, português, inglês e espanhol, quanto ao “aspecto clínico”, etiologia, prognóstico e diagnóstico, quanto ao “assunto da revista”, psiquiatria, obstetrícia e ginecologia, em um período de 10 anos.

Os critérios de exclusão foram, quanto “assunto principal”, os que se referiam especificamente à depressão pós-parto, transtorno bipolar, complicações na gravidez, transtornos mentais, entre outros que não são relevantes à pesquisa.

Após a aplicação dos filtros, 31 resultados foram encontrados, sendo o detalhamento da pesquisa o seguinte: tw:(tw:(psicose puerperal) AND (instance:"regional") AND ( db:("MEDLINE" OR "LILACS") AND mj:("Transtornos Psicóticos" OR "Transtornos Puerperais" OR "Período Pós-Parto" OR "Infanticídio" OR "Programas de Rastreamento") AND clinical\_aspect:("etiology" OR "prognosis" OR "diagnosis") AND la:("en" OR "es") AND jd:("PSIQUIATRIA" OR "OBSTETRICIA" OR "GINECOLOGIA") AND year\_cluster:("2014" OR "2009" OR "2012" OR "2013" OR "2015" OR "2017" OR "2010" OR "2016" OR "2018" OR "2011" OR "2019"))) AND (instance:"regional").

No PubMed, foi realizada pesquisa avançada e a estratégia utilizada foi usar o termo *Postpartum Psychosis*, o operador AND e o termo *Puerperal Psychosis*, gerando 701 resultados. Em seguida, os critérios de inclusão selecionados foram: quanto ao “tipo de artigo”, revisão, revisão sistemática e meta-análise, quanto ao “idioma”, português, inglês e espanhol, quanto as “datas”, 10 anos e quanto à “base de dados”, MEDLINE. Dessa forma, restaram 42 resultados. O detalhamento da pesquisa resultante é: (("postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields] OR "postpartum"[All Fields] AND ("psychotic disorders"[MeSH Terms] OR ("psychotic"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "psychotic disorders"[All Fields] OR "psychosis"[All Fields])) AND (("postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields] OR "puerperal"[All Fields]) AND ("psychotic disorders"[MeSH Terms] OR ("psychotic"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "psychotic disorders"[All Fields] OR "psychosis"[All Fields])) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2009/08/26"[PDat] : "2019/08/23"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND medline[sb]).

O número total de artigos encontrados foi de 80, sendo 13 os selecionados. Foi levado em consideração para a seleção, a data de publicação dos trabalhos e os que traziam o assunto pesquisado de forma mais específica. Na Tabela 1 seguem os resultados da metodologia descrita:

**Tabela 1** – Termos descritores e os portais de busca utilizados no levantamento.

|               | <b>Termo pesquisado</b>   | <b>Número de artigos</b> |
|---------------|---|--------------------------|
| <b>SciELO</b> | <i>Postpartum Psychosis</i>   | 7                        |
| <b>BVS</b>    | Psicose Puerperal   | 31                       |
| <b>PubMed</b> | <i>Postpartum Psychosis,</i><br>o operador AND<br>e o termo<br><i>Puerperal Psychosis</i> | 42                       |
|               |   | <b>Total: 80</b>         |

Fonte: Autora.

### 3 CLASSIFICAÇÕES

A psicose puerperal não é considerada um diagnóstico específico; dessa forma, não há um código particular para sua identificação na Classificação Internacional de Doenças (CID) ou uma descrição exclusiva no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

No entanto, frequentemente usam-se os seguintes códigos da CID-10 para sua categorização:

- F53 - Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte.
- F53.0 - Transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério não classificados em outra parte.
- F53.1 - Transtornos mentais e comportamentais graves associados ao puerpério não classificados em outra parte.
- F53.8 - Outros transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério não classificados em outra parte.
- F53.9 - Transtorno mental e comportamental associado ao puerpério, não especificado.

Além disso, na CID-11, a qual foi divulgada pela OMS em 18 de junho de 2018 e entrará em vigor oficialmente dia 01 de janeiro de 2022, provavelmente se utilizará o código 6E21:

- 6E21 – Transtornos mentais ou comportamentais associados à gestação, ao parto ou ao puerpério, com sintomas psicóticos.

(Tradução livre da autora)

Já no DSM-V, os termos “pós-parto” ou “periparto”, associado com sintomas psicóticos se encontram apenas como especificador em algumas patologias descritas. No Transtorno Psicótico Breve (Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos), existe o especificador “Com início no pós-parto: Se o início é durante a gestação ou em quatro semanas após o parto”. Tal fato foi exposto também por Vanderkruik et al. (2017). Na descrição do Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, um dos especificadores é “Com características psicóticas”.

No entanto, apesar da existência de descritores e códigos nos quais a psicose puerperal, quando identificada, costuma ser incluída, eles não são exatos ou sequer suficientes, podendo gerar certa inatenção por parte dos profissionais de saúde. O período de quatro semanas usado pelo DSM-V, por exemplo, não se enquadra na definição de puerpério adotada pela comunidade de ginecologistas-obstetras, que é de seis semanas, e não contempla todas as possibilidades de início dos sintomas já registradas na literatura e, dessa forma, “exclui” muitas pacientes da possibilidade de serem diagnosticadas.

Outra questão importante, é que, apesar da psicose puerperal ser de fato uma doença rara, os seus índices de incidência provavelmente são influenciados por essa falta de reconhecimento como entidade nosológica individual e conseqüentemente pode haver um subdiagnóstico. Tal fato pode diminuir o interesse de médicos e pesquisadores e conseqüentemente pode atrasar possíveis evoluções no desenvolvimento de critérios diagnósticos e tratamentos mais personalizados.

Cantilino et al (2010) compilaram algumas propostas de modificações nas classificações médicas feitas por vários autores ao longo do tempo. Algumas delas:

- Introduzir um especificador “com início até três meses após o parto” que pudesse ser incluído a qualquer transtorno do humor, psicótico ou de ajustamento.
- No DSM, deveria ser incluída uma categoria diagnóstica de transtorno psicótico que apresentasse como sintomatologia: quadro de início abrupto; com dois ou mais dos seguintes: labilidade de humor, delírios não característicos de transtornos do humor ou esquizofrenia, flutuações rápidas, perplexidade, confusão, desorientação; não preenche critérios para esquizofrenia, episódio depressivo ou maníaco;
- Inclusão de um “Transtorno da interação mãe-bebê” como um diagnóstico específico. A justificativa seria porque a psicose puerperal pode ocorrer desproporcionalmente ao quadro depressivo que possa estar acometendo a mulher ou mesmo na ausência de depressão; levando a compreensão de que ela tem uma etiologia específica; e tem conseqüências e tratamentos próprios.

Todavia, tais propostas são apenas sugestões, demonstrando a linha de pensamento de alguns pesquisadores e o interesse no reconhecimento da psicose

puerperal como diagnóstico individual. Importante citar, no entanto, que outros vários autores interpretam a psicose pós-parto como a manifestação aguda de um transtorno de afeto bipolar, ou como uma depressão grave com sintomas psicóticos, por exemplo.

Outra classificação interessante é a do portal Orphanet, referência em doenças raras, o qual incluiu a psicose puerperal em seus registros em 2016 (FLORIO et al., 2016) e concedeu à doença o código ORPHA:443173. Criada na França pelo INSERM (Instituto Nacional Francês para a Saúde e Investigação Médica) em 1997, a Orphanet é:

Um recurso único que reúne a informação e promove o conhecimento sobre as doenças raras de forma a melhorar o seu diagnóstico, o cuidado e tratamento dos doentes com este grupo de doenças.

Dessa forma, Florio et al. (2016) trazem que o reconhecimento como doença singular traria visibilidade à doença, evitaria o diagnóstico errôneo e ajudaria na identificação do quadro clínico e no manejo de forma correta, prevenindo desfechos catastróficos, como o infanticídio e suicídio materno.

#### 4 DIAGNÓSTICO

A psicose puerperal é considerada uma doença rara, pois a maioria dos estudos traz uma prevalência de 1-2 mulheres a cada 1000. Ao mesmo tempo é considerada uma emergência médica e problema de saúde pública, já que sua apresentação é aguda e muito grave, podendo levar ao infanticídio do neonato e ao suicídio materno (VANDERKRUIK et al., 2017; DOUCET et al., 2012).

Por ser uma doença de baixa frequência e comumente interpretada como depressão pós-parto ou transtorno de afeto bipolar, não há consenso sobre como fazer seu diagnóstico ou sobre sua etiologia. A apresentação sintomatológica e o tratamento, no entanto, foram amplamente descritos, portanto, são melhores compreendidos e mais claramente definidos. Dessa forma, se faz necessário mais atenção em relação ao seu quadro clínico, afim de compensar a lacuna de informações na literatura científica, visando melhor diagnóstico e condução do tratamento.

O aspecto mais relevante envolvendo a psicose pós-parto é, de fato, o parto. O nascimento do bebê, por mais desejado que seja, traz alterações relevantes na rotina do casal, principalmente quando se trata do primeiro filho. O recém-nascido depende completamente de cuidadores para todas suas necessidades e, na maioria das vezes, o papel de cuidador principal recai majoritariamente sobre a mãe, a qual acabou de sofrer um estresse do ponto de vista físico e biológico e passou de centro das atenções de todos a sua volta, para provedora de alimento e atenção integral ao bebê, que se tornou o núcleo de cuidados de toda família. Conseqüentemente, a mulher deixa de ser reconhecida como um indivíduo com necessidades e, muitas vezes, a sobrecarga de atividades leva a um esgotamento físico e psicológico, entre outros fatores, favorecendo alterações mentais.

Nesse contexto, apesar de ser um período aparentemente breve, o tempo de estadia da mulher e de seu filho na maternidade do hospital já deve ser utilizado como recurso para investigação de sintomas da psicose puerperal. De acordo com as práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o tempo de internação hospitalar para uma mulher que passou por um parto vaginal é de 24 horas e de 48 horas para uma mulher que passou por parto cesariana, mas se a apresentação



clínica da psicose puerperal for mais conhecida e as mulheres com fatores de risco (apresentados no item 4.2) forem identificadas, os primeiros sintomas da doença já podem ser notados, evitando a progressão da doença. Somado a isso, às consultas de puericultura, que devem iniciar logo na primeira semana de vida do recém-nascido, são essenciais para reconhecimento precoce de situações possivelmente perigosas ao bebê.

O Ministério da Saúde (2012) explica que a primeira consulta pode ocorrer em domicílio, o que mostrou “melhoria na detecção e no manejo da depressão pós-parto” (evidência nível B). Isso porque uma visita domiciliar favorece o vínculo entre a equipe de saúde e a família, a qual está passando pelo momento delicado que é a chegada de um novo membro, e esclarece as dúvidas e inseguranças inerentes ao período. A atenção especial aos sintomas depressivos deve ser ampliada aos sintomas mais específicos da psicose pós-parto e aos fatores de risco modificáveis, melhorando ainda mais os bons resultados advindos de uma atenção primária à saúde (APS) de qualidade.

Após a primeira consulta, se a mulher não possui fatores de risco ou não apresenta sintomatologia característica que necessite de uma intervenção imediata, mesmo que conservadora, as consultas de puericultura subsequentes são ocasião ideal para o seguimento do rastreio. O Ministério da Saúde (2012) recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida do bebê, isto é, na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida, no 18º e no 24º mês e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. Importante frisar que as consultas podem e devem ocorrer com mais frequência se assim for a necessidade e, nas situações das mães que apresentam sinais, sintomas e queixas, deve-se fazer a busca ativa das mesmas, caso elas demorem a voltar ao consultório ou abandonem a puericultura, e posterior intervenção apropriada, a qual geralmente demanda internação hospitalar.

Quanto ao tempo, de acordo com Bergink, et al. (2016), o período de quatro semanas após o parto oferece risco 23 vezes maior do que qualquer outro período na vida da mulher para o primeiro episódio de um transtorno psicótico afetivo. Já segundo Kamperman et al. (2017), o período de maior suscetibilidade para a mulher é de seis semanas. Boyce et al. (2010), em seu trabalho, destacam as três semanas iniciais após o parto como a ocasião mais propensa ao acontecimento da psicose puerperal

em sua apresentação mais intensa e sugere que nesse período haja mais atenção, principalmente às mulheres que já apresentaram episódios anteriores da doença. No entanto, é importante ressaltar que os sintomas iniciais podem surgir logo nos três primeiros dias após dar à luz (BOYCE et al., 2010; BERGINK et al., 2016). Além disso, Boyce et al. (2010) afirmam que o período de até um ano pode ser considerado no diagnóstico de psicose pós-parto.

Essa variação de tempo reitera a necessidade de maior conhecimento e valorização do quadro clínico da psicose pós-parto, o qual é tão singular, pois cada mulher pode apresentá-lo em momentos diferentes. Sendo assim, sugere-se que o tempo de investigação ideal deve abranger o período puerperal, seis semanas, mas com atenção especial durante as três primeiras semanas.

#### 4.1 SINTOMAS

Kamperman et al. (2017), em um estudo de coorte prospectivo, analisou a prevalência de sintomas em uma amostra de 130 mulheres diagnosticadas com psicose puerperal em uma maternidade da Holanda. O estudo OPPER (*Onderzoeksprogramma Postpartum Psychose Erasmus MC Rotterdam*) teve duração de 10 anos, 2005 a 2015, foi conduzido através da ferramenta epidemiológica STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), e identificou subgrupos de pacientes, de acordo com a apresentação fenotípica da patologia.

O diagnóstico se baseou em mulheres que apresentaram “início de sintomas psicóticos e/ou maníacos dentro das primeiras seis semanas pós-parto, que não experienciaram tais sintomas durante a gestação”. Apesar das possíveis limitações do trabalho devido ao critério de inclusão diagnóstica pouco abrangente, o estudo é importante pela quantidade de mulheres acompanhadas de forma prospectiva e é mais um instrumento que auxilia na identificação das pacientes.

Os sintomas depressivos e ansiosos foram manifestados pela maioria das mulheres e os pensamentos suicidas ocorreram em aproximadamente uma a cada cinco pacientes, mas os sintomas melancólicos clássicos não tiveram prevalência significativa. Dentro do espectro maníaco, a irritabilidade foi o sintoma mais prevalente, 73%, e ocorreu com mais frequência do que o humor eufórico, 39%. A diminuição da necessidade de sono e logorreia tiveram incidência de 50%.

Uma a cada quatro pacientes manifestou comportamento desorganizado, 20% das mulheres apresentaram desorientação e 10% apresentaram distúrbios de consciência. Os sintomas catatônicos foram observados em 5% das mulheres, sendo que cinco mulheres mostraram mutismo e uma mostrou atividade motora excessiva.

No total, 72% das mulheres tiveram pensamentos de conteúdo anormal. Os mais prevalentes foram delírios persecutórios e delírios de referências. Além disso, 49 mulheres, 39%, referiram alucinações auditivas, sendo que 12 delas, 9%, ouviram “vozes comentaristas” e oito delas, 6%, ouviram “vozes que conversavam entre si”. Alucinações visuais foram reportadas por uma a cada três pacientes.

Delírios relacionados com a gestação e o parto foram presentes em um quarto das mulheres. Doze mulheres pensavam que seu bebê estava morto ou que iria morrer, seis mulheres afirmavam que a criança não era sua e cinco mulheres acreditavam que estavam grávidas. Delírios religiosos ou espirituais relacionados com o recém-nascido foram raros: apenas uma mulher achou que seu filho tinha um talento especial e duas mulheres tinham certeza de que um parente falecido estava reencarnado no bebê. Pensamentos obsessivos relativos à criança, predominantemente referentes a causar algum mal ao bebê, estavam presentes em 12 mulheres, 9%. Pensamentos infanticidas, como derrubar o bebê enquanto o segurava ou esganá-lo, foram referidos por 10 mulheres, 8%. Quatro delas também tiveram pensamentos suicida.

A partir dos sintomas, Kamperman et al. (2017) dividiram as pacientes em perfis, sendo um deles de apresentação predominantemente maníaca, um de apresentação principalmente depressiva e um de apresentação atípica. O perfil maníaco contou com 34% das pacientes, 44 mulheres, e é composto pela alta prevalência de sintomas maníacos combinado com agitação e baixa incidência de ansiedade e depressão. O perfil depressivo estava presente em 41% das pacientes, 54 mulheres, e mostra uma alta prevalência de depressão e ansiedade e baixa frequência de agitação e mania.

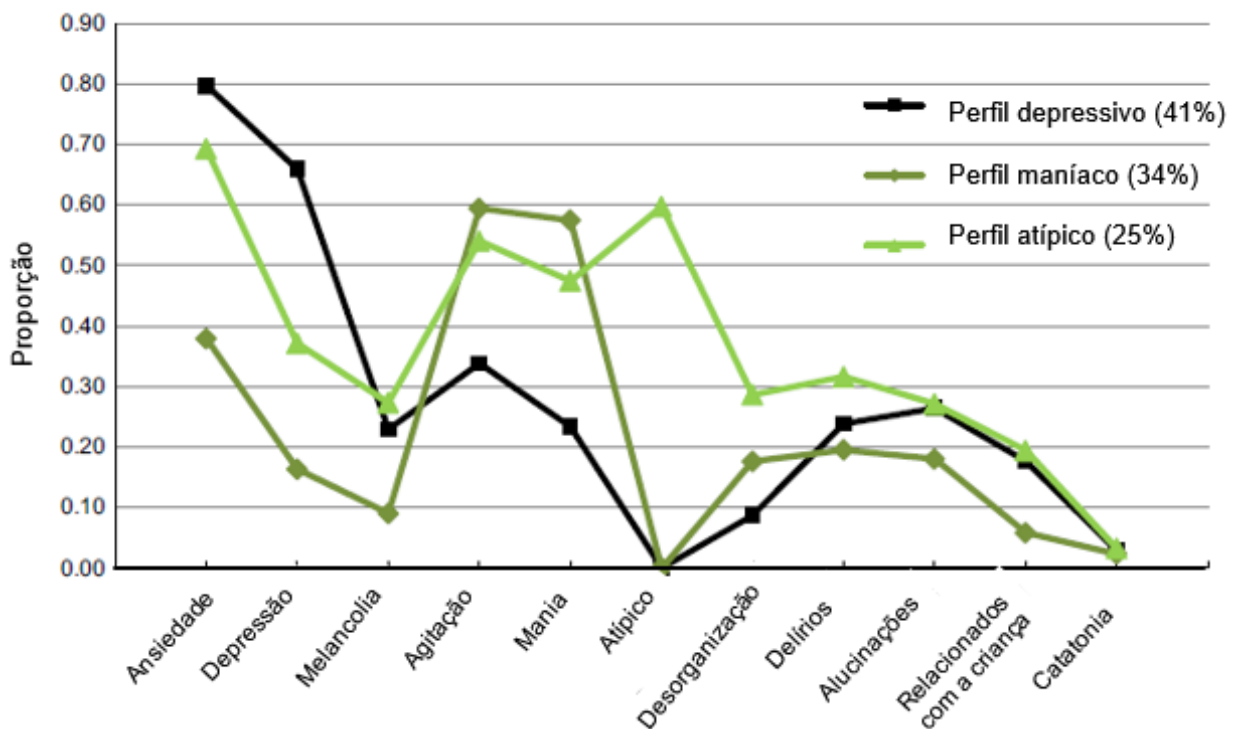
Por sua vez, o perfil atípico descreveu 25% das pacientes, 32 mulheres. Distúrbios de consciência e desorientação foram exclusivamente encontrados nesse perfil, somados a uma alta prevalência de ansiedade, depressão, agitação e mania. Pelo menos um dos sintomas, distúrbios de consciência ou desorientação, foi

presente em todas as mulheres com esse perfil e 18%, seis de 32 pacientes, tiveram ambos os sintomas.

Ainda em seu trabalho, Kamperman et al. (2017) ressaltou que as mulheres dos três grupos não diferiram muito nas características demográficas, como idade, origem holandesa, ensino superior, primiparidade e complicação durante o parto, no entanto, mais mulheres dentro do perfil maníaco já haviam sido diagnosticadas com transtorno de afeto bipolar antes da sua primeira gestação. Dessas 30 mulheres, 16 delas, 54%, foram classificadas como sendo do perfil maníaco, 10 delas apresentaram o perfil depressivo e as restantes 4 mulheres, 13%, se enquadraram no perfil atípico.

Alinhado à apresentação sintomatológica de cada subgrupo, o risco de suicídio ou séria automutilação foi mais prevalente para as pacientes do perfil depressivo, com 58% das mulheres exibindo essas inclinações, contra 32% das pacientes de perfil maníaco e 47% nas pacientes de perfil atípico. A Figura 1 representa uma síntese dos resultados encontrados pelos autores.

**Figura 1** – Proporção de incidência de sintomas de acordo com perfil de apresentação da psicose pós-parto.



Ansiedade: ansiedade ou preocupação, e pânico ou susto. Depressão: sentimentos de culpa, humor deprimido, insônia, perda de libido e pensamentos suicidas. Melancolia: anedonia, despertar cedo pela manhã, retardo psicomotor, perda de apetite e pior humor pela manhã. Agitação: irritabilidade, agitação psicomotora, e comportamento perturbador/agressivo. Mania: diminuição da necessidade de sono, aumento da taxa/quantidade de fala, aumento da atividade motora ou energia, ilusão grandiosa, humor

eufórico e aumento do interesse sexual. Atípico: desorientação e perturbação da consciência. Desorganização: comportamento desorganizado, fala desorganizada, aparência inadequada e afeto inadequado. Delírios: persecutórios, delírios de referência, outros (religiosos, de culpa ou ciúmes), somáticos, de controle e delírios bizarros. Alucinações: auditivas (incluindo vozes que fazem comentários e duas ou mais vozes conversando entre si), visuais, táteis e outras (táteis e olfativas). Relacionado à criança: ilusões, pensamentos obsessivos e pensamentos infanticidas. Catatonia: negativismo ou mutismo extremo e atividade motora excessiva.

Fonte: Adaptado de Kamperman et al. (2017).

Os autores mencionam que esses resultados podem corroborar a teoria sobre a natureza afetiva da doença, uma vez que, mania, depressão ou outros sintomas afetivos são altamente frequentes. Ademais, para as apresentações maníaca e atípica, os sintomas maníacos disfóricos e agitação são mais prevalentes que a mania eufórica e isso já teria sido referido anteriormente em mulheres com histórico de transtorno de afeto bipolar prévio à gestação que tiveram uma recaída no período pós-parto. Ainda segundo Kamperman et al. (2017), a baixa prevalência da “clássica mania eufórica” pode ser um viés do gênero, já que essa característica é mais comum em homens, e poderia ser considerado uma apresentação específica do período puerperal.

Quanto aos delírios e alucinações, ambos foram presentes na maioria das pacientes, o que está de acordo com uma alta prevalência de sintomas psicóticos em primeiros episódios maníacos fora do período pós-parto, segundo o autor. Os delírios mais prevalentes eram delírios paranoicos e delírios de referência. Especificamente, a ocorrência de delírios relacionados a complicações no momento do parto, foi o conteúdo de delírio mais frequente, em 24% das mulheres. Ocasionalmente, houveram delírios de grandiosidade, como "meu filho é o novo messias". Ressalta-se, no entanto, que os delírios relacionados à gravidez e parto foram sempre de conteúdo negativos.

Por outro lado, indo de encontro à teoria da origem afetiva da psicose puerperal, foi vista uma taxa de alucinações visuais de 34%, as quais são incomuns em episódios bipolares fora do período pós-parto. Quanto a frequência dos sintomas descritos em outros estudos, os autores destacam a presença de distúrbios da consciência, desorientação, desatenção grave e despersonalização/desrealização como importantes sintomas de psicose puerperal. No entanto, segundo os autores, em razão da notabilidade e da natureza “extraordinária” de tais sintomas, pode haver uma tendência de dar ênfase a eles em relatos de casos e estudos retrospectivos.

Além de Kamperman et al. (2017), outros autores descreveram os sintomas mais prevalentes em mulheres com psicose pós-parto. Osborne et al. (2018) frisam que, apesar de muitos médicos pensarem que o termo psicose puerperal possa ser aplicado a quaisquer sintomas psicóticos no pós-parto ou que as características clínicas serão idênticas ao quadro da esquizofrenia, a psicose puerperal tem apresentação distinta e única. Além disso, os autores relatam os sintomas que podem ser considerados sinais de alerta, devido a sua apresentação prematura, como insônia, ansiedade, irritabilidade ou labilidade emocional e, mesmo os sintomas psicóticos serem os de manifestação mais dramática, as mulheres também apresentam sintomas de humor: mania, podendo ser irritável ou eufórico, sintomas depressivos, ou sintomas mistos (Tabela 2). Osborne et al. (2018) também citam o estudo prospectivo de Kamperman et al. (2017) e seus perfis de subgrupos.

**Tabela 2** - Características clínicas da psicose pós-parto.

- 
- Insônia
  - Irritabilidade
  - Humor anormal (mania ou agitação, depressão, misto)
  - Confusão
  - Desorganização
  - Pensamentos de conteúdo anormal (delírios e/ou alucinações)
  - Despersonalização
- 

Fonte: Adaptado de Osborne et al. 2018.

Vanderkuik et al. (2017) trazem os seguintes dados referentes à apresentação clínica da psicose puerperal: humor disfórico ou lábil, agitação, comportamento e/ou pensamentos bizarros ou desorganizados e insônia. Quanto aos sintomas psicóticos, segundo ele, geralmente incluem humor incongruente, delírios, alucinações ou delírios de controle, com conteúdo frequentemente relacionado ao bebê ou a si própria, por exemplo, danos ao o bebê ou a si mesma.

Boyce et al. (2010) citam que o próprio quadro clínico da psicose pós-parto seria argumento para considerá-la como um diagnóstico singular, pois as mulheres que desenvolvem a doença não apresentam as características típicas de um quadro

de transtorno de afeto bipolar ou esquizofrenia. Exemplo disso seria o início abrupto com poucos ou nenhum pródromos. Enquanto as pacientes podem ter alucinações e delírios, que frequentemente têm relação ao recém-nascido, podendo colocá-lo em risco, apresentam também muitos sintomas atípicos como catatonia, confusão e perplexidade de curso flutuante, sugerindo *delirium*. Além disso, apresentam predominância de sintomas maníacos ao invés de esquizofrênicos, embora algumas irão apresentar quadro melancólico.

Ohara et al. (2014) também advogam a favor da singularidade do diagnóstico e diz que os padrões de sintomas em mulheres com psicose pós-parto foram relatados consistentemente e os estudos mostram que estes diferem das mulheres com psicose não relacionadas à gravidez. Ele explana que a psicose pós-parto se apresenta rapidamente após o nascimento, com flutuação de humor, confusão e acentuado comprometimento cognitivo sugestivo de *delirium*, comportamento bizarro, insônia, alucinações visuais e auditivas, e alucinações incomuns, isto é, táteis e olfativas.

Deve-se ter em mente os possíveis vieses dos trabalhos apresentados, como a cultura local, ano de pesquisa e métodos utilizados para obtenção de dados. No entanto, a significância dos inúmeros relatos, por mais que divirjam quanto à natureza da doença, ou não, e sejam parecidos em suas descrições sintomatológicas, está na importância do conhecimento profundo da apresentação clínica da psicose pós-parto e de seus fatores de risco. Só assim será possível o reconhecimento precoce da sintomatologia, seja durante a estadia da mulher na maternidade, ou nas consultas subsequentes da puericultura. Ademais, a intervenção rápida e precisa deve ser fundamentada no reconhecimento acerca da fragilidade que o período pós-parto favorece e as mulheres acometidas com alterações psíquicas não devem ser estigmatizadas e negadas, já que o diagnóstico precoce é a melhor chance para que desfechos trágicos e danos a longo prazo sejam evitados.

#### 4.2 FATORES DE RISCO

Sem dúvidas, o fator de risco mais importante é o diagnóstico anterior de transtorno de afeto bipolar. Isso porque estas pacientes são particularmente vulneráveis a desenvolver episódios psicóticos e não-psicóticos durante o período pós-parto. Para essas mulheres, o tempo de 30 dias após o nascimento do bebê acarreta em um aumento do risco de psicose puerperal de 23.3 vezes (OHARA et al.,

2014). Esse fator de risco foi observado pela maioria dos autores. De acordo com Doucet et al. (2010) cerca de 25 a 50% das mulheres que têm diagnóstico de transtorno bipolar vão experimentar a psicose puerperal e a chance aumenta para 74% se houver histórico de psicose pós-parto em outras mulheres da família. Para Osborne et al. (2018) a taxa de acometimento de pacientes bipolares é de 20 a 30%.

De acordo com Cantilino et al. (2010) os principais fatores de risco são a primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos. Meltzer-Brody et al. (2018) e Bergink et al. (2016), acrescentam que mulheres com transtorno de afeto bipolar têm mais chance de desenvolver psicose pós-parto comparadas às mulheres com quaisquer outros diagnósticos psiquiátricos, principalmente se não estiverem fazendo uso de medicação. Junto ao diagnóstico de transtorno bipolar, os fatores de risco associados à psicose pós-parto, segundo Payne (2018), são expostos na Tabela 3.

**Tabela 3 – Fatores de risco associados à psicose puerperal**

- 
- Histórico de psicose pós-parto
  - Histórico familiar de psicose pós-parto
  - Histórico de transtorno de afeto bipolar, esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo
  - Histórico familiar de transtorno de afeto bipolar
  - Primiparidade
  - Descontinuação de medicamentos psiquiátricos durante a gestação
- 

Fonte: Adaptado de Payne 2018.

Outro fator de risco bastante citado é a primiparidade. Osborne et al. (2018) mencionam a possibilidade de que o aumento do risco relacionado a essa situação pode estar associado ao grande estresse psicossocial ligado a uma primeira gestação ou a fatores biológicos desconhecidos. Além disso, os autores relatam que as pesquisas ainda não esclareceram sobre quanto tempo entre gestações, se gestações com pais diferentes ou se o sexo do feto pode interferir no risco para um episódio de psicose. Ainda sobre primiparidade, Bergink et al. (2016) esclarecem que se o primeiro parto de uma mulher não for acometido por psicose puerperal, as chances de ocorrer nos seguintes cai consideravelmente. Para as mulheres que apresentaram episódio prévio de psicose pós-parto, 57% delas têm chance de recaída em gestações seguintes (DOUCET et al., 2010).



### 4.3 HIPÓTESES ETIOLÓGICAS

Como várias das doenças psiquiátricas, a origem da psicose pós-parto ainda não é completamente compreendida. A baixa incidência da doença e sua apresentação aguda, a qual demanda ação imediata, dificulta o desenvolvimento de estudos neurobiológicos elucidativos em sua fase precoce. No entanto, as hipóteses sobre o mecanismo de início da doença giram em torno da associação entre fatores sociais, ambientais, emocionais, alterações fisiológicas associadas ao parto, e vulnerabilidade genética em algumas mulheres (BERGINK et al., 2016). Por exemplo, Meltzer-brody et al. (2018) esclarecem que os fatores biológicos têm grande influência no estabelecimento da psicose puerperal, enquanto que, para a depressão pós-parto, os fatores psicossociais são os principais desencadeadores.

No caso de pacientes que já possuíam diagnóstico de transtorno de afeto bipolar e manifestaram a psicose pós-parto, Bergink et al. (2016) relataram o aumento de variações genéticas específicas em genes transportadores de serotonina (5-HTT) e citou a queda abrupta dos níveis de estrogênio e progesterona, os quais tendem a normalizar dentro de três semanas, como possível etiologia. Isso porque é o estrogênio que regula o tônus dopaminérgico no hipotálamo e, estando ele baixo, acarretaria um aumento na sensibilidade dos receptores de dopamina. No entanto, o autor relata que os teste de administração de estrogênio em mulheres no pós-parto imediato não surtiram efeitos irrefutáveis. Osborne et al. (2018) elucidam que, mais relevante que a alteração hormonal de fato, seria uma sensibilidade intrínseca dessas pacientes a flutuações hormonais.

Ohara et al. (2014) lembram que a privação de sono e a interferência no ritmo circadiano desde o final da gestação, durante trabalho de parto e logo após o mesmo, promovem desestabilização de humor, principalmente se há falta de suporte à mãe. Segundo Meltzer-brody et al. (2018), o mecanismo implícito na alteração do padrão de sono é a diminuição da amplitude da concentração de melatonina em mulheres no pós-parto comparadas às mulheres fora desse período. As hipóteses etiológicas estão resumidas na Tabela 4.

**Tabela 4 – Hipóteses etiológicas da psicose pós-parto**

- 
- Alterações em transportadores de serotonina
  - Sensibilidade a flutuações hormonais: estrogênio e progesterona
-

- 
- Alterações dopaminérgicas
  - Alterações relacionadas à melatonina
  - Ruptura ritmo circadiano
- 

Fonte: Autora.

#### 4.4 PROGNÓSTICO

Novamente, devido às diferenças culturais, métodos utilizados para as pesquisas, delineamento dos estudos e forma de acompanhamento das pacientes, não há consenso entre os trabalhos. Kamperman et al. (2017) relatam que, independente do subgrupo de sintomas no qual a paciente se enquadrava, não houve diferença significativa quanto ao resultado dos tratamentos e que a remissão variou de 82 a 94%. Entretanto, após iniciarem o tratamento, as mulheres com o perfil maníaco alcançaram a melhora dos sintomas cerca de quatro dias mais cedo em comparação com as mulheres com perfil depressivo, as quais atingiram a remissão significativamente mais tarde. Os autores relatam ainda que, para as mulheres com a apresentação depressiva da doença, o tempo médio do início dos sintomas até o início do tratamento foi de 23 dias, quase duas semanas a mais do que o tempo médio dos perfis maníacos ou atípico.

Bergink et al. (2016) relatam que as pacientes com um curso de psicose puerperal mais curto têm um prognóstico mais favorável em comparação com as mulheres com manifestação de longa duração e que a perspectiva para as que tiveram o primeiro episódio psicótico no período pós-parto também é melhor do que para as mulheres que o tiveram fora do período puerperal. Os autores também retomam a teoria de que a psicose pós-parto é apenas o evento inicial de um transtorno de humor que vai perdurar pelo resto da vida da mulher, sendo os índices de ocorrência em torno de 50 a 80%. Entretanto, para cerca de 20 a 50% das mulheres, o puerpério será o único momento de apresentação de uma doença psiquiátrica.

Para Cantilino et al. (2010), aproximadamente 20% das mulheres terão remissão completa do quadro e não apresentarão recorrências, enquanto que cerca de 18 a 37% poderão ter outro evento em uma gestação futura. Comparativamente, a chance de apresentação crônica de transtorno afetivo ou de transtorno psicótico fora do período pós-parto pode variar entre 38 a 81%. Por fim, para Doucet et al. (2010), em relação às mulheres que apresentaram episódios prévios de psicose pós-parto, 57% delas têm chance de outro episódio em gestações seguintes.

#### 4.5 TRATAMENTO

O objetivo primário de qualquer tratamento deve ser minimizar a duração da crise em curso, buscar a remissão completa dos sintomas, a fim de reestabelecer a qualidade de vida da família, e evitar desfechos irremediáveis; em um segundo momento, deve-se trabalhar para prevenir episódios futuros e a manifestação de outras doenças psiquiátricas. Dessa forma, caso haja evidências da doença instalada, a intervenção imediata é mandatória e o tratamento fora do hospital não é seguro, devido ao risco de infanticídio e suicídio. Nesses casos, a hospitalização se faz necessária e o ideal seria que ocorresse em uma unidade com alojamento conjunto mãe-bebê, no entanto, essas unidades não são amplamente disponíveis (MELTZER-BRODY et al., 2018). Sendo assim, deve-se internar a mulher no serviço mais adequado acessível, que preferencialmente conte com assistência médica psiquiátrica.

A partir disso, a terapêutica a ser utilizada irá depender de alguns fatores, como história patológica pregressa da mãe e apresentação clínica predominante da doença atual. De modo geral, usam-se antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepínicos, hormônios, betabloqueadores como propranolol e, com grandes sinais de eficácia, moduladores de humor, o lítio, e eletroconvulsoterapia (OSBORNE et al., 2018; DOUCET et al., 2010).

Meltzer-brody et al. (2018) relatam que a monoterapia com lítio se mostrou protetiva para recidivas de sintomas afetivos e psicóticos dentro do período de um ano. Bergink et al. (2016) e Tinkelman et al. (2017) sugerem profilaxia com lítio durante toda a gestação para mulheres com transtorno bipolar e apenas no período pós-parto para as que apresentaram psicose puerperal prévia. As terapias podem ser associadas, o tratamento deve ser sempre particularizado e os riscos e benefícios devem ser estimados de acordo com cada situação.

## 5 CONCLUSÃO

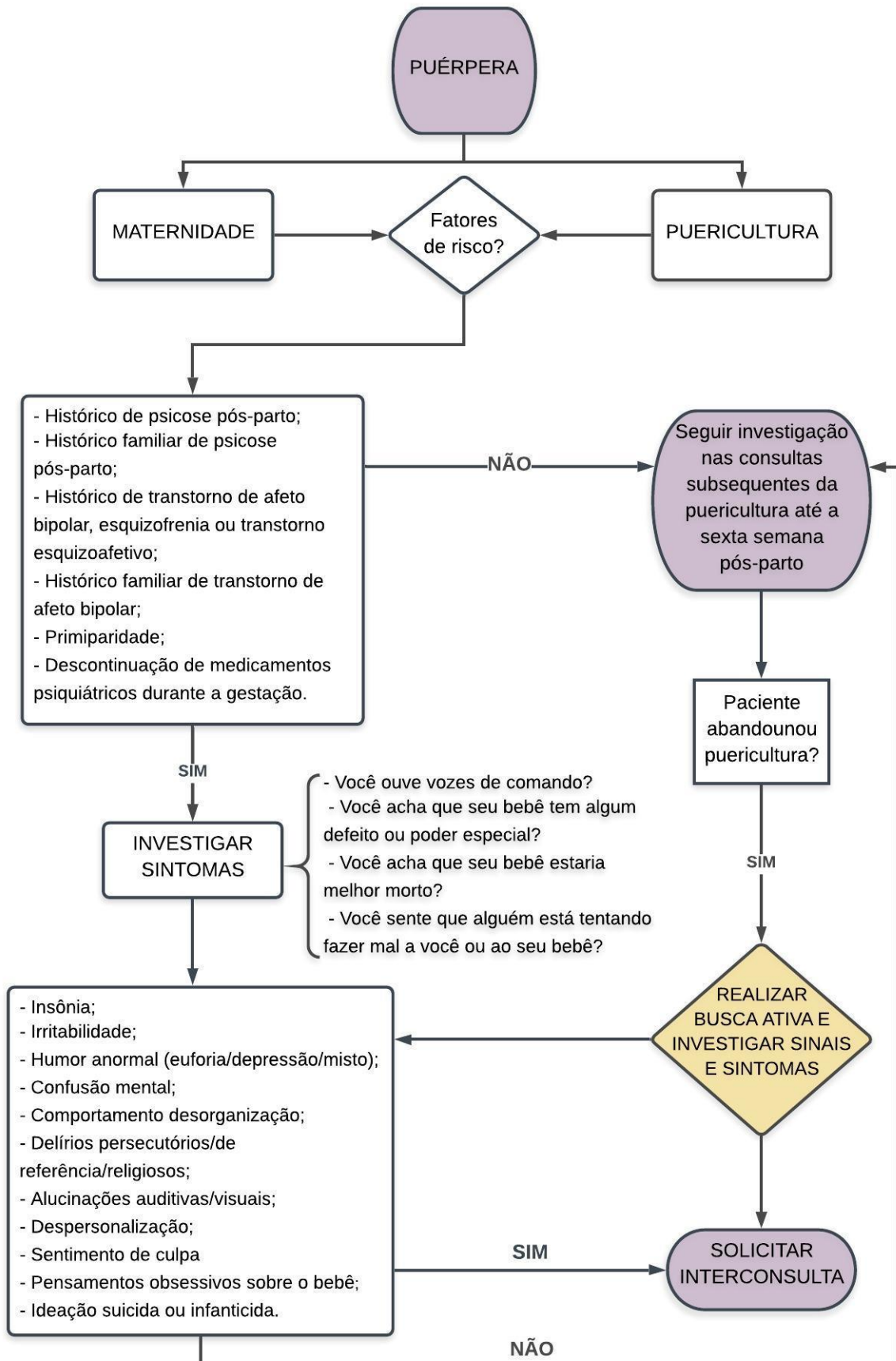
Dentre os inúmeros acontecimentos marcantes na vida de uma pessoa, o pós-parto se destaca como tal na vida de uma mulher, pois é um momento de grandes modificações emocionais, físicas e sociais. É, também, um período que favorece alterações psíquicas e a instalação de certas enfermidades que são conhecidas por serem características dessa fase. Dentre elas, a de apresentação mais peculiar e de desfecho possivelmente mais grave, é, sem dúvida, a psicose puerperal.

A psicose pós-parto é uma doença rara, porém extremamente preocupante e que, lamentavelmente, é pouco estudada. Esse lapso de conhecimento sobre a patologia gera possível subdiagnóstico da mesma, tratamento impreciso e descuido em relação ao seu quadro clínico. Uma forma de reverter essa situação seria a reconhecimento da psicose pós-parto como entidade nosológica singular, a partir da delimitação oficial de critérios diagnósticos específicos bem descritos.

A psicose puerperal se apresenta de forma abrupta, variando em tempo e em duração, dependendo de patologias prévias da mãe. Seu curso inicia geralmente com insônia e irritabilidade e pode evoluir para alucinações e delírios bizarros sobre o bebê. Se não identificados, esses sintomas geram dano à capacidade funcional da mãe e prejuízo no desenvolvimento de vínculo positivo entre ela e seu bebê, além da possibilidade de culminar em suicídio materno e infanticídio.

Tendo em vista a relevância do assunto, apesar de certas divergências na literatura sobre sua etiologia, ou falta de critérios diagnósticos oficiais para sua identificação, o presente trabalho teve objetivo de expor informações sobre a psicose puerperal, seus sintomas, fatores de risco, hipóteses etiológicas, prognóstico e tratamento, a fim de incitar o interesse de mais profissionais da área da saúde sobre a patologia. Além disso, foi criado um fluxograma protocolar que conta com os principais pontos para o diagnóstico precoce da doença.

## 6 FLUXOGRAMA



## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. – 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. **American Journal of Psychiatry**, 2016.

Boyce, P., & Barriball, E. Puerperal psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 2010.

Cantilino, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.

Cantilino, A., Zambaldi, C. F. et al. **Programa de atualização em Psiquiatria (PROPSIQ)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana. Ciclo 2, v. 2, 144p.; 25 cm. 2012.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Disponível em: <https://www.cid10.com.br/buscadescr?query=f53>.

Doucet, S., Jones, I., Letourneau, N., Dennis, C.-L., & Blackmore, E. R. (2010). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. **Archives of Women's Mental Health**, 14(2), 89–98. doi:10.1007/s00737-010-0199-6

Florio, A. D., Munk-Olsen, T., & Bergink, V. The birth of a psychiatric orphan disorder: postpartum psychosis. **The Lancet Psychiatry**, 2016.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). 2018 version. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f380591392>

Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, Robertson Blackmore E, Bergink V. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. **Bipolar Disorders**, 2017.

Karakasi, M.-V., Markopoulou, M., Tentes, I. K., Tsikouras, P. N., Vasilikos, E., & Pavlidis, P. Prepartum Psychosis and Neonaticide: Rare Case Study and Forensic-Psychiatric Synthesis of Literature. **Journal of Forensic Sciences**, 2017.

Medina-Serdán, E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. **Perinatol. Reprod. Hum.**, México, v. 27, n. 3, p. 185-193, enero 2013.

Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., ... Milgrom, J. Postpartum psychiatric disorders. **Nature Reviews Disease Primers**, 2018.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

Osborne, L. M. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, 2018

Payne, J. Postpartum psychosis: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/search?search=postpartum-psychosis-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosi%E2%80%A6&sp=0&searchType=PLAIN\\_TEXT&source=USER\\_INPUT&searchControl=TOP\\_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=](https://www.uptodate.com/contents/search?search=postpartum-psychosis-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosi%E2%80%A6&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=), 2018.

Tinkelman, A., Hill, E. A., & Deligiannidis, K. M. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 2017.

VanderKruik, R. et al. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. **BMC psychiatry**, vol. 17,1 272. 28 Jul. 2017.

World Health Organization (WHO). **The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope**. Geneva: WHO, 2001.

Zugaib, M.; Francisco, R. P. V.; Cançado, S. J. B. **Zugaib obstetrícia**. 3 ed. Barueri, SP: Manole, 2016.