

## Psicose puerperal: relato de caso

*Puerperal psychosis: a case study*

Laércio Maciel Scalco <sup>1</sup>, Monique Gomes da Silva Scalco <sup>2</sup>, Bruna Barros Cavalcante <sup>3</sup>,  
Carlos Henrique Souza e Silva <sup>4</sup>

Universidade Católica de Brasília

### Resumo

A psicose puerperal é uma forma de Transtorno Psicótico Breve, assim classificado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em sua quinta edição. Trata-se de doença com início geralmente abrupto, em que 2/3 das pacientes apresentam seus sintomas nas primeiras duas semanas após o parto. Pacientes que desenvolvem psicose puerperal apresentam delírios ou comportamento desorganizado que geralmente envolvem o conceito. O caso relatado é de uma paciente de 31 anos, admitida em hospital psiquiátrico devido a quadro de alucinações auditivas, delírios místicos religiosos e persecutoriedade. Foi estabelecido o diagnóstico de psicose puerperal.

**Palavras chave:** psicose, psiquiatria, puerpério.

### Abstract

The puerperal psychosis is a form of Acute and Transient Psychotic Disorder, as described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), in its fifth edition. It is a psychopathy with an usually abrupt development in which 2/3 of patients show their symptoms in the first two weeks after delivery. Patients who develop puerperal psychosis are presented with delirium or unorganized behavior which generally evolve the fetus. The Case Study concerns a 31 years old patient, admitted to a psychiatric hospital due to auditory hallucinations, religious-mystic delirium and persecutory paranoia, where was established the acute and transient psychotic disorder diagnosis.

**Key words:** psychosis, psychiatry, puerperium.

1. Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médica, residente em Psiquiatria no Hospital Universitário de Brasília.

3. Médica, graduada pelo Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

4. Médico, especialista em Psiquiatria e preceptor do programa de residência médica em psiquiatria do Hospital São Vicente de Paula.

E-mail do primeiro autor: laercioscalco@gmail.com

Recebido em 27/03/2013

Aceito, após revisão, em 22/07/2013

## **Introdução**

A psicose puerperal, também conhecida por psicose pós-parto, se apresenta normalmente com delírios, alucinações e estado confusional, podendo haver sintomas associados à depressão, mania ou ambos. Os delírios ou comportamento desorganizado envolvem o filho, com o apelo de lhes causar dano. A internação destas pacientes decorre do maior risco de suicídio e infanticídio.<sup>1,2</sup>

A incidência desta psicose é de 1 caso para cada 500 a 1000 nascimentos, com aumentada possibilidade de recorrência para nascimentos subsequentes. Estudos apontam maior prevalência da psicose puerperal em mulheres diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar quando comparadas a mulheres saudáveis.<sup>3,4</sup>

A Psicose Puerperal pode ser descrita com ou sem estressor acentuado, sendo ausente o fator estressor quando os sintomas psicóticos não parecem ter relação com qualquer acontecimento altamente estressante, sob o ponto de vista de outra pessoa inserida no mesmo contexto cultural.<sup>1</sup>

O desejo de agredir ou matar a criança nos primeiros meses de vida é subestimado pelos profissionais da psiquiatria e a doença mental muitas vezes é o que leva a mulher a pensar assim.<sup>5</sup> Este trabalho busca trazer à discussão uma perturbação que deve ser oportunamente identificada pelo médico para que se possa garantir o bem estar da criança e

o tratamento adequado à mãe.

## **Relato de Caso**

Paciente do sexo feminino, 31 anos, solteira, mãe de quatro filhos. O filho mais velho tem sete anos e mora com o pai, enquanto outro tem três anos e mora com a mãe. Na ocasião de sua admissão no serviço hospitalar havia dado à luz gêmeas que contavam com sete semanas de vida. É balconista de padaria e manicure, afastada dos empregos em decorrência de sua última gravidez. Pernambucana, mora em Brasília há 15 anos. Coursou o ensino médio incompleto e afirma ter interrompido os estudos após mudar de Estado. No período escolar foi reprovada três vezes por “desinteresse”.

Segundo relato da acompanhante em consulta, sua amiga, apresentou alteração de comportamento uma semana antes da internação hospitalar, quando passou a se isolar em casa com os filhos, trancando todas as portas e janelas. Começou a descuidar das crianças e desenvolveu persecutoriedade em relação à amiga.

De acordo com a própria paciente, visitou três meses antes da internação um “centro de macumbaria” com o objetivo de conseguir um pai para os seus filhos, uma vez que o reconhecimento da paternidade estava sendo discutido num processo legal. Após o nascimento das crianças, passou a acreditar que o “trabalho de macumba” havia falhado e

por isso estaria a ouvir vozes e ver os vultos de “espíritos malditos”. Também por isso seu filho de três anos estaria “possuído pelo coisa ruim” e que finalmente as gêmeas seriam “filhas do diabo”. A paciente relatou também que sua vizinha (a acompanhante) estaria possuída pela “pomba gira” e que tinha muito medo de todas as pombas da rua pois as sentia “passando” por seu corpo.

Na ocasião de sua admissão no pronto socorro do hospital psiquiátrico, apresentava-se com péssimos cuidados de higiene, atitude geral esquiva, olhar fixo com pouco contato visual com o entrevistador, humor instável, discurso desconexo, delirante de conteúdo místico religioso, com latência aumentada de resposta, aparente alteração da sensopercepção (alucinações auditivas ativas), segurando uma das filhas no colo com muita força. Ausência de crítica em relação ao seu quadro.

Foi diagnosticada com psicose puerperal e sofreu internação involuntária devido ao risco que apresentava a si e às crianças, que foram então conduzidas ao conselho tutelar.

A paciente realizou pré-natal e nega qualquer tipo de intercorrências durante a gestação e o parto cesariano. Nega outras alterações psicóticas prévias, inclusive em suas outras gestações. Negou também alergias e outras doenças clínicas. Era tabagista e fazia uso esporádico de álcool, interrompendo

ambos no início da gestação. Nega uso de drogas ilícitas.

Referiu que a mãe tinha “problemas de cabeça”, e que por ter experimentado uma crise depois de sua gravidez acabou não a criando. Tem pouco contato com sua família e não soube detalhar o quadro da mãe.

Esteve internada por sete dias na enfermaria feminina do hospital psiquiátrico com melhora gradativa dos sintomas psicóticos até sua remissão total, com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. Durante o período de internação fez uso regular de haloperidol 5mg/dia, prometazina 50mg/dia e lamotrigina 25mg/dia. Recebeu alta apenas com redução da prometazina para 25mg/dia.

Em tratamento regular e sem reincidência dos sintomas até a última anotação ambulatorial, feita dois meses após a alta. Comunicou em sua última consulta ter entregado as gêmeas, então com quatro meses de idade, para adoção.

## Discussão

Para definir o caso como psicose puerperal é tomado do DSM-5 os critérios para o diagnóstico de transtorno psicótico breve, especificado de início no pós-parto. Assim, deve-se identificar um ou mais sintomas entre: ideias delirantes, alucinações, linguagem desorganizada e comportamento catatônico ou gravemente desorganizado<sup>1</sup>.

Segundo informações colhidas de seu prontuário médico, a paciente apresenta três dos sintomas listados, sendo ideias delirantes, alucinações e comportamento gravemente desorganizado.

Seguindo ao próximo item dos critérios para diagnóstico do DSM-5, a duração de um episódio não pode ser inferior a um dia e nem superior a um mês, devendo haver o retorno completo das faculdades ao nível pré-mórbido<sup>1</sup>. Eis que o prontuário médico aponta que a paciente foi levada ao serviço do pronto socorro após uma semana do início dos sintomas e que internada recebeu alta após sete dias, com remissão total do quadro.

O próximo quesito para o diagnóstico de transtorno psicótico breve do DSM-5 relaciona-se com a identificação dos sintomas, se não seriam decorrentes de transtorno de humor, transtorno esquizoafetivo ou esquizofrenia, do abuso de substâncias psicoativas ou de um outro acometimento sistêmico.<sup>1</sup> Descarta-se a possibilidade de transtorno de humor, uma vez que pesquisados, os sintomas esperados para o caso não são identificados, como o estado de ânimo depressivo, perda importante de peso, insônia ou hipersonia, agitação, fadiga e perda da energia, sentimento de inutilidade, indecisão, ideação suicida, sentimento de desesperança, autoestima exagerada ou grandiosidade, taquilalia e fuga

de ideias. Ainda não pode ser caracterizado caso de esquizofrenia porque não há sintoma característico persistente por mais de um mês em situação em que não foi oferecido tratamento para a doença em questão, e para a possibilidade de transtorno esquizoafetivo, espera-se a identificação de algum episódio de transtorno de humor, o que já foi descartado. A paciente refere ter sido tabagista e etilista esporádica, tendo cessado por absoluto o uso das substância em razão de sua gestação. Conta nunca ter usado qualquer droga ilícita. Nega ainda por ocasião de seu atendimento emergencial qualquer comorbidade clínica e intercorrências nas gestações.

Diz-se que a mulher tem psicose puerperal quando o quadro tem início no puerpério, que é o período marcado pelo organismo materno, entre a dequitação e o completo retorno às suas características que antecediam à gestação. Dadas as variações entre as pacientes para a involução e recuperação, proporcionais aos seus tipos físicos, a extensão do puerpério é de difícil delimitação, sendo mais comumente descrita como de duração igual a seis semanas.<sup>6</sup>

Para a classificação de um quadro como de início no pós-parto, seguindo os critérios do DSM-5, os sintomas devem ter início nas primeiras quatro semanas do puerpério. No relato, a paciente conta que apresentou início dos sintomas três semanas

após o parto, enquanto sua acompanhante em consulta apenas percebeu alteração de comportamento seis semanas após o nascimento. O não reconhecimento da paternidade de suas filhas pode ser considerado, nesse caso, fator estressor agudo, o que lhe designa código DSM-5 298.8 (CID-10 F23), uma vez que está presente sintoma psicótico desenvolvido depois de acontecimento estressante para qualquer indivíduo no mesmo contexto cultural.<sup>1</sup>

A paciente em questão apresenta como fatores de risco o fato de ser solteira e ter histórico familiar de alteração mental após uma gravidez. Ao negar qualquer outra alteração psicótica prévia, coloca-se no grupo de menor prevalência entre aquelas acometidas pela patologia em discussão, uma vez que é mais comum a apresentação em pacientes já diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar e em primíparas.<sup>4,7</sup> Complicações obstétricas são fatores de risco ausentes na história clínica.

O tratamento da psicose puerperal objetiva a remissão completa dos sintomas, assim como ocorreu com a paciente em questão. As opções disponíveis para estes casos são o uso de antipsicóticos típicos e atípicos, além da eletroconvulsoterapia (ECT).<sup>2,8,9</sup>

Pode-se observar tendência amparada em estudos<sup>5,10</sup> no sentido de que pacientes em

situação semelhante necessitem de tratamento e reabilitação e não apenas punição legal, seja pelos maus tratos ou mesmo eventual infanticídio. No caso relatado, a intervenção feita pela amiga que a acompanhou em consulta foi importante, uma vez que esta agiu diante de situação de grave descuido aos menores.

### Conclusão

A psicose puerperal é condição pouco comum na prática clínica, mas com graves implicações para a mãe e seu filho. Após o diagnóstico a sintomatologia pode desaparecer completamente em 20% dos casos, porém a chance de recorrência após um primeiro episódio é de até 37%<sup>11</sup>, daí a importância de investigação e monitoramento com diagnóstico precoce para minimizar os danos às pacientes e seus filhos. A paciente em questão decidiu oferecer suas filhas à adoção por medo de, em consequência de seu quadro, não conseguir cuidá-las adequadamente.

No relato, com uso adequado de antipsicóticos, houve melhora com o desaparecimento total dos sintomas após sete dias de internação hospitalar. Deixou-se planejamento terapêutico de seis meses de acompanhamento ambulatorial a partir de sua alta, com possibilidade de suspensão, se assim persistir em melhora clínica. O suporte familiar à paciente é extremamente

importante, tanto à assistida quanto à sua prole. Os benefícios deste suporte incluem a continuidade do tratamento.

### Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino AY, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev psiquiatr clín.* 2006; 33(2):92-102.
3. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64(11):1284-92.
4. Rennó JJ, Demarque R, Lobo HR, Cavalsan JP, Silva AG. Saúde Mental da Mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. *Revista Debates em Psiquiatria.* 2012; 2(6):6-11.
5. Friedman, SH, Sorrentino R. Commentary: postpartum psychosis, infanticide, and insanity – implications for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2012; 40(3):326-32.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
7. Neto AC, Gauer GJC, Furtado NR. *Psiquiatria para estudantes de medicina.* Porto Alegre: Edipucrs; 2003.
8. Falcão LFR (Org). *Manual de Psiquiatria.* São Paulo: Roca; 2010.
9. Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, Spode A, Baron ALD, Rieder C, et al. *Emergências Psiquiátricas.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Spinelli MG. Maternal infanticide with mental illness: prevention and the promise of saved lifes. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(9):1548-57.
11. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó JJ. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev psiquiatr clín.* 2010; 37(6):288-94.