



Manejo de Transtornos Psiquiátricos em Gestantes na Sala de Emergência

Carolina Silva Ruelis de Meira, Iasmyn Fantin Zanon, Athus Paulo Florenço, Letícia Gabriela Martins Ferreira, Thaís Bruna Melo Sousa, Thairan Viana Skiba, Eduarda Cristina Borges Dorneles, Flavio Ercio Coelho de Vasconcelos, Graziela Teixeira de Paula, João Paulo Passos Martins, Luiz Cláudio Esteves Ramos Júnior, Rosicler da Silva Cruz Bezerra, Rodolfo Nunes Mendes da Cunha, Larissa Braga Castro, Ana Carolina de Melo.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2293-2303>

Artigo publicado em 25 de Fevereiro de 2025

RESUMO

A gestação é um período repleto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais, que podem agravar ou desencadear transtornos psiquiátricos em mulheres vulneráveis. As emergências psiquiátricas, como transtornos de humor, ansiedade, psicose e uso de substâncias, necessitam de intervenções rápidas devido ao seu impacto na saúde da mãe e nos resultados obstétricos. A pesquisa visa explorar as principais condições psiquiátricas emergenciais, suas implicações para a saúde materno-fetal e as abordagens terapêuticas mais adequadas para cada caso. Para isso, foram realizadas buscas em bases de dados renomadas, resultando na seleção de 16 artigos que atendiam aos critérios estabelecidos. O manejo dessas condições psiquiátricas requer uma abordagem multidisciplinar e individualizada, considerando os efeitos dos tratamentos sobre o feto e equilibrando riscos teratogênicos em relação aos benefícios para a saúde mental da gestante.

Palavras-chave: Gestantes, Psiquiatria, Manejo.



Management of Psychiatric Disorders in Pregnant Women in the Emergency Room

ABSTRACT

Pregnancy is a period full of biological, psychological and social changes, which can worsen or trigger psychiatric disorders in vulnerable women. Psychiatric emergencies, such as mood disorders, anxiety, psychosis, and substance use, require rapid interventions due to their impact on maternal health and obstetric outcomes. The research aims to explore the main emergency psychiatric conditions, their implications for maternal-fetal health and the most appropriate therapeutic approaches for each case. To this end, searches were carried out in renowned databases, resulting in the selection of 16 articles that met the established criteria. The management of these psychiatric conditions requires a multidisciplinary and individualized approach, considering the effects of treatments on the fetus and balancing teratogenic risks in relation to the benefits for the pregnant woman's mental health.

Keywords: Pregnant women, Psychiatry, Management

Autor correspondente: Carolina Silva Ruelis de Meira - carolruelis@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de profundas mudanças biológicas, psicológicas e sociais que pode trazer desafios significativos. Mulheres predispostas a transtornos psiquiátricos podem enfrentar um agravamento ou o surgimento dessas condições durante a gravidez. As emergências psiquiátricas mais frequentes incluem transtornos de ansiedade, depressão severa, psicoses, ideação suicida e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Essas situações exigem intervenções rápidas e apropriadas, pois têm um impacto considerável na saúde da mãe e nos desfechos obstétricos. A prevalência dessas condições é complexa e influenciada por fatores biológicos, emocionais e contextuais. (MILLS; BERKOWITZ, 2011; AHMED *et al.*, 2023).

Durante a gestação, diversas alterações hormonais, estresse psicológico, mudanças no estilo de vida e pressões sociais podem contribuir para o surgimento ou agravamento de distúrbios psiquiátricos. Segundo a pesquisa de Goodman, Chenausjy e Freeman (2014), os transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno do pânico, têm uma prevalência estimada entre 6,6% e 15% entre gestantes. Além disso, Altshuler, Hendrick e Cohen (2000) afirmam que transtornos de humor e ansiedade são altamente prevalentes, afetando de 10% a 20% das mulheres grávida.

Esses transtornos, se não forem adequadamente tratados, podem levar a complicações obstétricas graves, como o descolamento prematuro de placenta, conforme descrito por Cohen, Rosenbaum e Heller (1989). Além disso, a ansiedade crônica e o estresse materno estão associados a um aumento no risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer (DOLE, 2003; WADHWA *et al.*, 1993).

Os transtornos de humor, especialmente a depressão e o transtorno bipolar, podem se agravar durante a gestação. Segundo Yonkers *et al.* (2011), a depressão é um dos transtornos mais comuns nesse período, afetando cerca de 10% a 20% das mulheres grávidas. A não tratativa da depressão está fortemente associada a comportamentos suicidas e a desfechos adversos, tornando essa condição uma prioridade clínica. O manejo inadequado desses transtornos pode levar a consequências devastadoras para a mãe e o feto, incluindo aumento das taxas de mortalidade materna, especialmente em países desenvolvidos. (ALTSHULER; HENDRICK; COHEN, 2000).

A psicose durante a gestação é uma emergência psiquiátrica menos comum, mas potencialmente devastadora. De acordo com Watkins e Newport (2009), a psicose gestacional pode se manifestar tanto em mulheres com histórico psiquiátrico prévio quanto naquelas sem

nenhum histórico de transtornos mentais. Essa condição requer intervenção imediata, muitas vezes com a hospitalização da paciente e o uso de antipsicóticos, embora a segurança desses medicamentos durante a gravidez ainda seja um tema de debate contínuo (OYEBODE *et al.*, 2012; WEBB; HOWARD; ABEL, 2004).

Além dos transtornos de humor e psicóticos, o uso de substâncias durante a gestação é uma preocupação significativa tanto psiquiátrica quanto obstétrica. O consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco está relacionado a várias complicações, incluindo restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro e morte fetal (Committee Opinion No. 473, 2011). Essas situações emergenciais requerem uma abordagem multidisciplinar, envolvendo suporte psiquiátrico e intervenções obstétricas adequadas para minimizar os riscos para a mãe e o feto.

O manejo das emergências psiquiátricas durante a gestação é complexo e individualizado, considerando os múltiplos riscos envolvidos. Ahmed *et al.* (2023) destacam a importância de uma abordagem que leve em conta não apenas o bem-estar psicológico da gestante, mas também os potenciais efeitos dos tratamentos no feto. O uso de psicotrópicos, embora muitas vezes necessário, deve ser feito com cautela, equilibrando os riscos teratogênicos e os benefícios para a saúde mental da mãe. (OYEBODE *et al.*, 2012).

Portanto, é evidente que as emergências psiquiátricas na gestação constituem uma área de cuidado clínico vital e desafiadora, demandando intervenções imediatas e coordenadas entre psiquiatras, obstetras e outros profissionais de saúde. A revisão da literatura sobre o tema busca explorar as principais condições psiquiátricas emergenciais, suas implicações para a saúde materno-fetal e as abordagens terapêuticas mais recomendadas, com base nos estudos mais recentes e relevantes da área.

2 METODOLOGIA

Esta revisão foi conduzida por meio de uma pesquisa bibliográfica utilizando as bases de dados PubMed, Scielo e Cochrane Library, e as seguintes palavras chave: “emergency” “psychiatry” e “pregnancy”. Foram utilizados 16 artigos publicados entre 1987 e 2024, selecionados com base em sua relevância para emergências psiquiátricas na gestação.

Os critérios de inclusão para a pesquisa abarcaram estudos clínicos, revisões sistemáticas e estudos de caso que examinavam o manejo de condições psiquiátricas emergenciais em gestantes, enquanto os critérios de exclusão descartarão estudos focados apenas no pós-parto ou que não abordassem intervenções terapêuticas. As referências incluíram, por exemplo, Ahmed *et al.* (2023), que revisa as emergências psiquiátricas na

gestação, e Wadhwa *et al.* (1993), que analisa a relação entre estresse prenatal e complicações obstétricas. A pesquisa justifica-se pela relevância atual do tema e pela necessidade de contínuas atualizações, uma vez que as emergências psiquiátricas podem causar sérios prejuízos à saúde da gestante e do bebê. O objetivo da revisão foi explorar as principais condições psiquiátricas emergenciais, suas implicações para a saúde materno-fetal e as abordagens terapêuticas mais recomendadas, fundamentando-se nos estudos mais recentes e relevantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestação é um período marcado por significativas transformações fisiológicas e psicológicas, que podem desencadear ou agravar condições psiquiátricas emergenciais. Entre as emergências psiquiátricas mais comuns durante a gravidez estão os transtornos de ansiedade, transtornos de humor, psicoses, comportamentos suicidas e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Esses quadros exigem um manejo adequado, pois têm implicações potenciais tanto para a saúde da gestante quanto para o desenvolvimento fetal. (AHMED *et al.*, 2023). Dessa maneira, os resultados dessa pesquisa foram divididos de acordo com os principais acometimentos psiquiátricos na gestação.

3.1 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O transtorno depressivo maior é uma das emergências psiquiátricas mais comuns durante a gestação, podendo evoluir para formas severas e comportamentos suicidas. Conforme destacado por Mills e Berkowitz (2011), a depressão na gravidez pode ser exacerbada por fatores hormonais e psicossociais, elevando o risco de complicações como parto prematuro e baixo peso ao nascer. Em casos severos, a hospitalização pode ser necessária para assegurar a segurança da paciente. A terapia com antidepressivos é uma opção viável, mas deve-se avaliar cuidadosamente o risco-benefício do tratamento, levando em conta os possíveis efeitos teratogênicos de alguns medicamentos.

3.2 TRANSTORNOS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O estudo conduzido por Yonkers *et al.* (2014) O artigo explora a relação entre o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres grávidas e o risco de parto prematuro. Por meio de uma amostra de gestantes acompanhadas durante toda a gestação, foi investigado como sintomas de TEPT podem impactar os resultados gestacionais, especialmente a incidência de partos prematuros. Os resultados indicam que mulheres com TEPT têm risco significativamente maior de parto prematuro em comparação a aquelas sem o transtorno. Além disso, a severidade dos sintomas de TEPT está correlacionada com um aumento nas complicações obstétricas, destacando que mulheres com sintomas mais graves têm maior probabilidade de dar à luz antes de 37 semanas de gestação, independentemente de fatores de risco como idade, etnia ou status socioeconômico. Esse achado sugere que o TEPT é um fator de risco crítico e deve ser priorizado no cuidado pré-natal.

Além disso, Yonkers *et al.* (2014) destacaram que a presença de TEPT em mulheres grávidas pode ser subdiagnosticada devido à falta de triagem adequada durante o pré-natal. O estudo enfatiza a importância de incluir avaliações de saúde mental como parte rotineira do cuidado obstétrico, de forma a identificar precocemente os sintomas de TEPT e intervir adequadamente. Abordar esse transtorno de forma precoce é crucial para minimizar os riscos de complicações gestacionais.

O manejo de gestantes com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo obstetras, psiquiatras e profissionais de saúde mental. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é destacada como uma das intervenções mais eficazes para tratar o TEPT durante a gravidez. Adicionalmente, intervenções psicossociais podem ser benéficas, e em casos mais severos, pode ser necessário o uso controlado de medicamentos para estabilizar a saúde mental da paciente. Yonkers *et al.* (2014) ressaltam que, ao tratar adequadamente o TEPT, é possível reduzir o risco de parto prematuro e melhorar os desfechos materno-infantis.

3.3 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA GESTAÇÃO

O transtorno do pânico pode se manifestar por crises súbitas de ansiedade intensa, apresentando sintomas físicos como taquicardia, sudorese e falta de ar, que podem ser confundidos com emergências obstétricas. O manejo dessas crises envolve intervenções farmacológicas, como o uso de benzodiazepínicos em situações agudas, além de intervenções psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que visa estabilizar a paciente a longo prazo. (MILLS; BERKOWITZ, 2011).

O manejo dos transtornos de ansiedade na gestação requer uma abordagem multidisciplinar, equilibrando os benefícios da medicação com os riscos potenciais para o feto. As terapias psicológicas, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), são amplamente recomendadas como primeira linha de tratamento (AHMED *et al.*, 2023). Em casos mais graves, pode-se considerar o uso de medicamentos ansiolíticos, como inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), mas isso deve ser feito com monitoramento rigoroso devido aos possíveis efeitos teratogênicos.

3.4 TRANSTORNOS DE HUMOR

Os transtornos de humor, como a depressão e o transtorno bipolar, são condições comuns durante a gravidez, afetando entre 10% e 20% das gestantes. A depressão pode levar a desfechos adversos tanto para a mãe quanto para o feto, incluindo restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro (ALTSHULER; HENDRICK; COHEN, 2000). Por outro lado, o transtorno bipolar tende a manifestar-se de forma mais severa na gestação, com episódios maníacos ou depressivos graves que necessitam de intervenção imediata. (YONKERS *et al.*, 2004).

O tratamento da depressão e do transtorno bipolar durante a gestação enfrenta desafios significativos. Antidepressivos, como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), são frequentemente utilizados para manejar a depressão, enquanto estabilizadores de humor, como o lítio e a lamotrigina, são essenciais para controlar o transtorno bipolar. Entretanto, ambos os tipos de medicamentos podem apresentar riscos potenciais para o feto, como síndrome da abstinência neonatal e malformações congênitas. (OYEBODE *et al.*, 2012). Assim, o manejo desses transtornos deve ser altamente individualizado, considerando os riscos e benefícios tanto para a mãe quanto para o feto (YONKERS *et al.*, 2011).

3.5 PSICOSES NA GESTAÇÃO

As psicoses, especialmente a esquizofrenia, o transtorno psicótico breve e a exacerbação de um transtorno bipolar, constituem uma das emergências psiquiátricas mais graves durante a gestação. A esquizofrenia afeta cerca de 1% da população mundial, e a gravidez pode provocar exacerbações agudas da doença, que requerem hospitalização imediata. (WATKINS; NEWPORT, 2009). Além disso, a psicose pós-parto, que ocorre em 1 a 2 em cada 1000 nascimentos, é considerada uma emergência psiquiátrica de alto risco, principalmente devido ao risco de autoagressão e infanticídio (O'HARA, 1987; MILLS; BERKOWITZ, 2011).

4 CONCLUSÃO

As condições psiquiátricas mais comuns incluem transtornos de ansiedade, depressão, transtorno bipolar e psicose, cujo não tratamento pode resultar em desfechos graves. O manejo dessas emergências exige uma abordagem multidisciplinar, que combina intervenções farmacológicas cuidadosamente escolhidas e suporte psicossocial.

A identificação antecipada, o manejo eficaz e o suporte contínuo são fundamentais para reduzir os riscos associados à saúde da gestante e do feto. Devido à complexidade das interações entre saúde mental e a gravidez, é imprescindível realizar pesquisas constantes e desenvolver protocolos clínicos específicos que melhorem o atendimento a essa população vulnerável. A literatura indica que, com um manejo apropriado, é possível minimizar os riscos tanto para a mãe quanto para o feto, embora mais estudos sejam necessários para aprimorar as opções de tratamento dessas condições durante a gestação.

REFERÊNCIAS

AHMED, M. *et al.* Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon*, v. 9, n. 11, p. e20958–e20958, 1 out. 2023.

ALTSHULER, L. L.; HENDRICK, V.; COHEN, L. S. An Update on Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 02, n. 06, p. 217–222, 1 dez. 2000.

COHEN, L. S.; ROSENBAUM, J. F.; HELLER, V. L. Panic attack-associated placental abruption: a case report. *The Journal of clinical psychiatry*, v. 50, n. 7, p. 266–7, jul. 1989.

Committee Opinion No. 473: Substance Abuse Reporting and Pregnancy: The Role of the Obstetrician–Gynecologist. *Obstetrics & Gynecology*, v. 117, n. 1, p. 200–201, jan. 2011.

DOLE, N. Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, v. 157, n. 1, p. 14–24, 1 jan. 2003.

GOODMAN, J.H; CHENAUSJY, K.L; FREEMAN, M.P. Anxiety disorders during pregnancy:a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014;75(10):1153–84 (indicates reviews of existing literature).

MILLS, M.D; BERKOWITZ, P. Psychiatric emergencies in pregnancy. In: Foley MR, Stron TH, Garite TJ, editors. *Obstetric intensive care manual*. 3rd edition. New York: McGraw Hill Inc; 2011 (indicates reviews of existing literature).

O'HARA, M. W. Post-partum 'blues,' depression, and psychosis: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 7, n. 3, p. 205-227, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/01674828709040280>.

OYEBODE, F. *et al.* Psychotropics in pregnancy: Safety and other considerations. *Pharmacology & Therapeutics*, v. 135, n. 1, p. 71–77, jul. 2012.

WADHWA, P. D. *et al.* The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 169, n. 4, p. 858–865, out. 1993.

WATKINS, M. E.; NEWPORT, D. J. Psychosis in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, v. 113, n. 6, p. 1349–1353, 1 jun. 2009.

WEBB, R. T.; HOWARD, L.; ABEL, K. M. Antipsychotic drugs for non-affective psychosis during pregnancy and postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, Issue 2, Art. No.: CD004411. DOI: 10.1002/14651858.CD004411.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com>. Acesso em: 23 out. 2024.

WILSON, M. P. *et al.* Psychiatric Emergencies in Pregnant Women. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 33, n. 4, p. 841–851, nov. 2015.

YONKERS, K. A. *et al.* Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, n. 4, p. 608–620, abr. 2004.



YONKERS, K. A. *et al.* Pregnant Women With Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Preterm Birth. *JAMA Psychiatry*, v. 71, n. 8, p. 897, 1 ago. 2014.

YONKERS, K. A.; VIGOD, S.; ROSS, L. E. Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *Obstetrics & Gynecology*, v. 117, n. 4, p. 961–977, abr. 2011.