



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

### **Perturbação Obsessivo-Compulsiva na Gravidez e Período Pós-parto**

Rita Alexandra Palos Ribeiro

**Orientado por:**

Prof. Doutor Samuel Pombo

---

**Junho' 2022**



## Resumo

A perturbação obsessivo-compulsiva é uma patologia psiquiátrica que se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões, que causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida de um indivíduo.

Dado que, até à data, têm sido realizados menos estudos acerca da POC na gravidez e no período pós-parto, em comparação com outras perturbações psiquiátricas, pretendeu-se rever o conhecimento científico relevante para a abordagem clínica, nomeadamente no que respeita à incidência e prevalência nestes dois períodos, principais manifestações clínicas, sua evolução, fatores de risco, diagnóstico e prevenção.

O presente trabalho propõe-se a realizar uma revisão narrativa da literatura dos últimos dez anos acerca do tema. Foram identificados um total de 464 citações em três bases de dados, sendo que após de-duplicação, foram analisados 385 artigos. Na segunda fase, foram revistos 29 artigos, tendo sido incluídos 15 no final do processo.

De entre as principais conclusões, destaca-se o facto de as mulheres grávidas e em período pós-parto terem um maior risco de desenvolver POC em comparação com a população em geral, existindo resultados contraditórios relativamente à exacerbação da POC pré-existente. O conteúdo das obsessões tende a concentrar-se, sobretudo, em danos acidentais ou intencionais ao bebé, contaminação, simetria/ exatidão, e as compulsões na limpeza/lavagem e verificação frequente do bebé.

Com o presente estudo pretende-se contribuir para uma maior consciência dos profissionais de saúde acerca desta temática, de forma a ser possível uma prevenção adequada e um diagnóstico atempados da POC em puérperas e mulheres grávidas.

**Palavras-chave:** perturbação obsessivo-compulsiva; gravidez; pós-parto; período perinatal; revisão

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

# Abstract

Obsessive-compulsive disorder is a psychiatric disorder characterized by the presence of obsessions and/or compulsions, which cause clinically significant distress or impairment in social, professional, or other important areas of an individual's functioning.

Since a small number of studies have been carried out on OCD in pregnancy and postpartum period, compared to other psychiatric disorders, it was intended to review the scientific knowledge relevant to the clinical approach, such as the incidence and prevalence in these two periods, main clinical manifestations, its evolution, risk factors, diagnosis and prevention.

The present work proposes to carry out a narrative review of the literature of the last ten years on the subject. Initially, a total of 464 articles were identified in three databases and after deduplication, 385 articles were analyzed. In a second phase, based on their relevance, 29 articles were reviewed, and 15 articles were included at the end of the process.

It was concluded that pregnant and postpartum women have a higher risk of developing OCD compared to the general population, with contradictory results regarding the exacerbation of pre-existing OCD. The content of obsessions tends to focus mainly on accidental or intentional harm to the baby, contamination, symmetry/accuracy, and compulsions to focus on cleaning/washing and frequently checking the baby.

The present study intends to contribute to a greater awareness of health professionals about this issue, in order to be able to provide an adequate prevention and timely diagnosis of OCD in postpartum women and pregnant women.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder; pregnancy; pregnant; postpartum; perinatal period; review.

This Master Thesis is the exclusive responsibility of its author, and FMUL is not responsible for the contents presented in it.

# Índice

Abstract.....	4
Índice .....	5
Acrónimos e abreviaturas .....	6
Introdução .....	7
Objetivo .....	10
Metodologia .....	11
Resultados .....	12
Discussão .....	15
Conclusão.....	34
Bibliografia.....	35

## **Acrónimos e abreviaturas**

AMC – *Academic Medical Center Amsterdam*

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*

DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*

EUA – Estados Unidos da América

JHU – *Johns Hopkins University*

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

POCS - *Perinatal Obsessive-Compulsive Scale*

PreOCS – *Prenatal Obsessive-compulsive Scale*

Y-BOCS – *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*

# Introdução

## Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma patologia psiquiátrica que se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões definem-se como pensamentos, ideias, impulsos ou imagens recorrentes, indesejadas e intrusivas, que ocorrem contra a vontade do doente, e que acarretam uma grande carga ansiogénica. O doente costuma apresentar *insight* sobre as suas obsessões, sendo o seu grau variável entre indivíduos. As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados em resposta às obsessões, sendo que o doente se sente compelido a realizá-las, cujo principal objetivo é reduzir a ansiedade e sofrimento desencadeados pela obsessão (APA, 2013; Sharma & Mazmanian, 2021).

Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões varie entre os indivíduos, existem dimensões de sintomas que são comuns na POC, incluindo as de limpeza/contaminação; simetria/organização; pensamentos proibidos ou tabus (religiosas, sexuais ou agressão) e ferimentos (ferir a si mesmo ou outros) (APA, 2013).

Para se poder fazer o diagnóstico de POC é necessário que as obsessões e compulsões causem sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo (APA, 2013; Sharma & Mazmanian, 2021; Speisman et al., 2011) e que estejam presentes durante um determinado período de tempo, que varia de pessoa para pessoa (ex.: mais de uma hora por dia) (APA, 2013; Sharma & Mazmanian, 2021). Os sintomas obsessivo-compulsivos podem estar presentes em indivíduos saudáveis como manifestações subclínicas. Em comparação com as verdadeiras obsessões da POC, os pensamentos são de duração mais curta e menos angustiantes, não estando geralmente associado a compulsões (Araújo et al., 2021). Desta forma, é de extrema importância, fazer o correto diagnóstico de POC. O DSM-5 permite a especificação da POC ao longo de um espectro, em que os indivíduos na extremidade grave têm um *insight* ausente ou crenças delirantes. Ao contrário do DSM-4, no DSM-5 a POC tem o seu próprio capítulo (“Perturbações Obsessivo-compulsivas e Relacionados”) e não é mais considerada uma perturbação de ansiedade (Sharma & Sommerdyk, 2015). Os critérios de diagnóstico do

DSM-5 para POC são significativamente menos rigorosos do que os critérios de diagnóstico do DSM-4. Especificamente, os critérios do DSM-4 para obsessões exigiam que a ideação intrusiva indesejada (a) causasse ansiedade ou angústia acentuada; (b) fosse inadequada em conteúdo; e (c) excluísse preocupações excessivas da vida real. Além disso, as obsessões e compulsões precisavam de ser reconhecidas como excessivas ou irracionais. Estes critérios foram retirados do DSM-5 (Fairbrother et al., 2021).

Estima-se que a POC tenha uma prevalência de 12 meses de 1,1% a 1,8% a nível internacional e que o sexo feminino seja mais frequentemente afetado na idade adulta do que o sexo masculino (APA, 2013). As estimativas de prevalência geral de POC nas mulheres na população em geral são de 1,08% (Russell et al., 2013; Sharma & Mazmanian, 2021). O *National Comorbidity Survey Replication*, um estudo de grande escala nacionalmente representativo realizado nos Estados Unidos da América, refere uma taxa de prevalência em 12 meses de 1,8% em mulheres.

Os indivíduos diagnosticados com POC têm frequentemente outra psicopatologia associada, nomeadamente: perturbações de ansiedade (perturbação de pânico, ansiedade generalizada, fobia específica) ou perturbações depressivas ou bipolares (APA, 2013), tornando, muitas das vezes, o seu diagnóstico mais difícil ou errado.

Quando não tratada, a possibilidade de remissão em adultos é baixa, sendo que, se o início for na infância ou adolescência, a perturbação pode permanecer para o resto da vida, seguindo um curso crónico e debilitante, contribuindo para dificuldades interpessoais e psicológicas ao longo da vida adulta (Speisman et al., 2011).

### **Perturbações psiquiátricas e o período perinatal (gravidez e pós-parto)**

Uma definição ampla do período perinatal abrange o período compreendido entre um ano antes e 12 meses após o parto (Araújo et al., 2021) incluindo, portanto, a gravidez e o período pós-parto. A gravidez, o parto e a maternidade são os principais eventos de vida nas mulheres que têm sido associados a um maior período de vulnerabilidade (House et al., 2016) e *stress* estando, por isso, associados a um risco aumentado para o surgimento ou exacerbação de perturbações mentais (Araújo et al., 2021). Acredita-se que as influências hormonais desempenham um papel importante, mas que não são o único fator responsável (Casanova et al., 2019).

A maioria dos estudos sobre saúde mental materna tendem a concentrar-se nas perturbações de depressão e ansiedade generalizada e psicose, (Araújo et al., 2021; House et al., 2016; McGuinness et al., 2011; Speisman et al., 2011) existindo pouca informação acerca da perturbação obsessivo-compulsiva no período perinatal (Chatterjee et al., 2021). Devido à sobreposição de sintomas de ansiedade e comportamento evitativo, a POC no período perinatal deve ser diferenciada da Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG). A PAG é caracterizada pela dificuldade em controlar uma preocupação sobre determinados eventos e circunstâncias (como trabalho ou desempenho escolar) que ocorrem com mais frequência ao longo de 6 meses. O foco geralmente envolve preocupações relacionadas com as atividades do dia-a-dia e às circunstâncias rotineiras da vida, enquanto que nas obsessões da POC geralmente tal não acontece (Sharma & Sommerdyk, 2015). Pensamentos obsessivos sobre prejudicar o bebé não são exclusivos da POC pós-parto e foram relatados em mais de 57% das mulheres com depressão pós-parto. As ruminações na depressão pós-parto geralmente são congruentes com o humor e não são intrusivas ou angustiantes como é o caso da POC, no entanto, a depressão pós-parto pode ocorrer concomitantemente com a POC. O uso de instrumentos de triagem para depressão pós-parto, pode ser útil na diferenciação destas perturbações (Sharma & Sommerdyk, 2015). A POC pós-parto caracterizada por pensamentos obsessivos de dano ao bebé deve ser cuidadosamente diferenciada da psicose pós-parto. As mulheres com POC geralmente estão cientes da natureza irracional, indesejada e egodistónica dos seus pensamentos e sentem uma tremenda ansiedade pelos seus sintomas obsessivos. A diferenciação da POC pós-parto caracterizada pela ausência de *insight* ou crenças delirantes de outros tipos de psicose pós-parto é particularmente desafiadora (Sharma & Sommerdyk, 2015). A psicose pós-parto é acompanhada por sintomas de hiperatividade, diminuição da necessidade de sono, fuga de ideias, aumento das atividades direcionadas a objetivos, comportamento imprudente, delírios e alucinações. As mães que sofrem de psicose pós-parto podem ter impulsos para agir de acordo com seus pensamentos perturbadores, o que representa um risco maior de realmente prejudicarem os seus bebés (Lord et al., 2011). Em contraste, as mulheres com POC pós-parto tendem a tomar bastantes precauções para evitar causar danos ao bebé (Sharma & Sommerdyk, 2015), não existindo nenhum

caso documentado de uma mulher com POC pós-parto que tenha prejudicado o seu bebê intencionalmente (McGuinness et al., 2011).

Determinados pensamentos em grávidas e puérperas podem desencadear comportamentos de evitamento, tentativas de suprimir o pensamento, bem como comportamentos repetitivos visando reduzir o seu sofrimento (Russell et al., 2013). Embora pensamentos intrusivos ocorram de forma comum em mulheres que foram mães recentemente, determinados fatores psicológicos como crenças de responsabilidade, proteção exagerada em relação ao filho/a e avaliações erradas de pensamentos intrusivos podem aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento ou exacerbação da POC. As perturbações mentais durante a gravidez podem ter um impacto negativo significativo na saúde física e psicológica, bem como nas relações sociais, em que a gravidez da doença está negativamente correlacionada com a qualidade de vida (Chatterjee et al., 2021). As consequências de uma doença psiquiátrica no período materno não diagnosticada ou não tratada adequadamente pode resultar numa nutrição inadequada, aumento do uso e abuso do álcool, tabaco e outras substâncias, vínculo materno-infantil deficiente e ambientes familiares perturbadores, (Casanova et al., 2019) resultando também em consequências deletérias no desenvolvimento do bebê (Araújo et al., 2021).

## **Objetivo**

Considerando, até à data, a escassa disponibilidade de estudos acerca da POC no período perinatal, por exemplo, quando em comparação com outras perturbações psiquiátricas já amplamente estudadas, como a depressão no período pós-parto, o objetivo deste estudo, consiste na revisão da literatura com evidência científica na área da POC na gravidez e período pós-parto, publicada nos últimos dez anos, com o intuito de perceber se a gravidez e o período pós-parto contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de POC e/ou sua exacerbação (em mulheres com diagnóstico prévio à gravidez), qual a sua incidência e prevalência nestes dois períodos, quais as suas principais manifestações clínicas e fatores de risco associados ao seu desenvolvimento, para que possa ser diagnosticada e tratada atempadamente por profissionais de saúde, uma vez que a presença desta perturbação tem um impacto muito significativo na qualidade de vida das doentes.

## Metodologia

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em três bases de dados, nomeadamente, *Pubmed*, *ScienceDirect* e *Cochrane Library*. Os artigos foram selecionados com base nos seguintes tópicos de pesquisa e palavras-chave: “*obsessive-compulsive disorder*”, “*OCD*”, “*pregnant*”, “*pregnancy*”, “*postpartum*”, “*perinatal*”, “*gestation*”, “*delivery*”, “*postnatal*” tendo sido apenas incluídos os artigos publicados nos últimos dez anos (janeiro 2011 – dezembro 2021). Foram selecionados, com base na sua relevância, os artigos que abordavam a POC no período perinatal (gravidez e/ou pós-parto), tendo sido excluídos os que abordassem ou tivessem como principal foco outras patologias psiquiátricas; aqueles em que a POC fosse apenas abordada na população em geral e não no período perinatal e aqueles que fossem demasiado específicos numa determinada obsessão/ compulsão e fatores de risco. A seleção foi realizada em duas fases, conforme a metodologia *standard* de revisões sistemáticas, sendo a primeira de seleção com base nos títulos e a segunda com base nos *abstracts*.

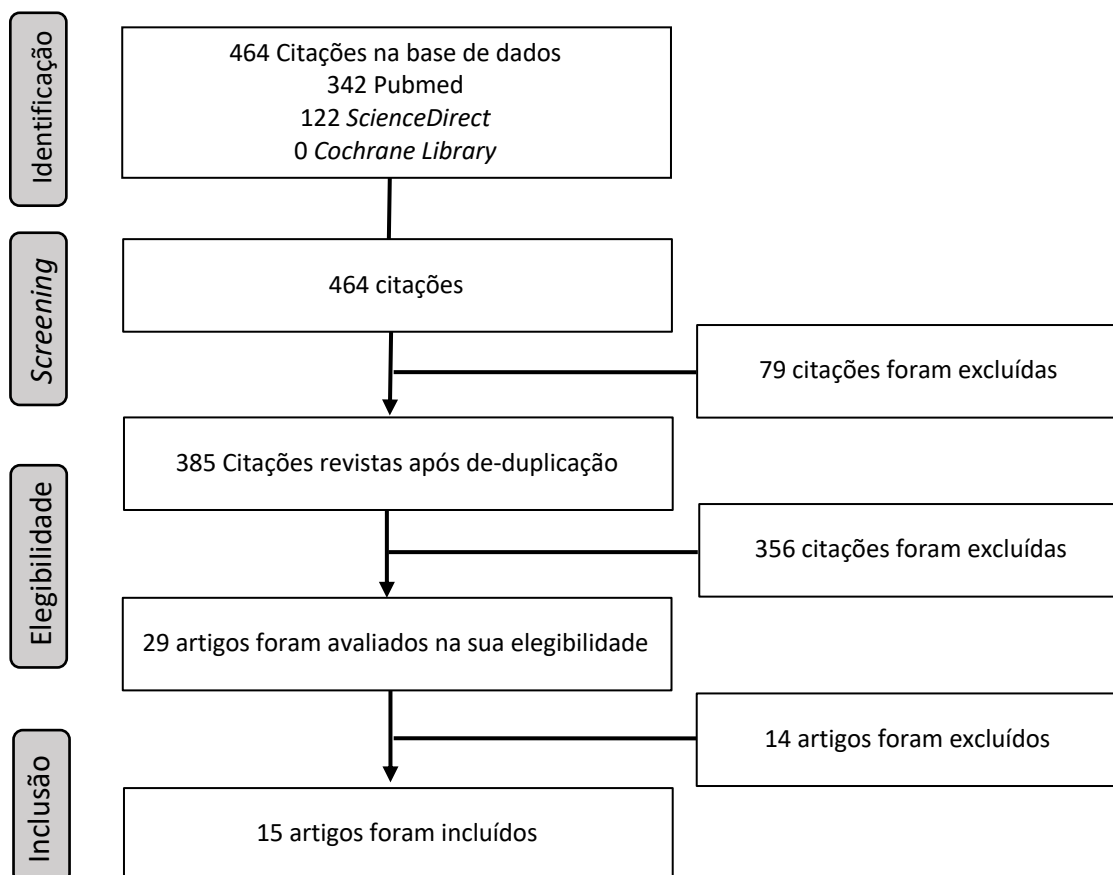


Figura 1 - Fluxograma

## Resultados

A estratégia de pesquisa foi executada em dezembro de 2021, tendo sido identificados inicialmente 464 citações. Após a de-duplicação, foram revistos 385 artigos. Na segunda fase, foram revistos 29 artigos, tendo sido incluídos 15 artigos no final do processo, de acordo com o fluxograma (figura 1). Dos 15 artigos incluídos na revisão, encontrou-se: 4 estudos prospectivos, 3 estudos retrospectivos, 2 revisões sistemáticas e meta-análise, 4 revisões narrativas, 2 estudos observacionais. A identificação dos artigos e os seus resultados principais encontram-se resumidos na tabela 1.

Autor/ano	Título	Tipo de estudo	População	Resultados principais
Chatterjee et al. 2021	<i>"Impact of the peripartum period on the longitudinal course of obsessive-compulsive disorder"</i>	Estudo prospectivo	19 mulheres com gravidez, parto ou aborto documentado, diagnosticadas com POC prévia	Parece não se verificar alteração clinicamente significativa na severidade da POC e sua evolução durante o período peri parto.
Fairbrother et al. 2021	<i>"High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum"</i>	Estudo longitudinal retrospectivo	763 mulheres (grávidas entre o 3º trimestre e 9 meses de pós-parto)	As estimativas de prevalência média pré-natal e pós-parto foram de 2,9% e 7%, respetivamente. A prevalência pontual aumentou gradualmente durante a gravidez e no pós-parto, atingindo um pico de 8,7% às 8 semanas pós-parto, com um declínio gradual posterior. A probabilidade de desenvolver POC nos primeiros 6 meses pós-parto foi de 9%.
Araújo et al. 2021	<i>"The Prenatal Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric and descriptive study in a Portuguese sample"</i>	Estudo observacional descritivo	355 grávidas no 2º trimestre, entre os 18 e 45 anos	A escala obsessivo-compulsiva pré-natal tem validade e poderá ser considerada para uso clínico e campo de pesquisa, permitindo uma deteção e intervenção precoces em grávidas com POC ou sintomas obsessivo-compulsivos.
Sharma & Mazmanian, 2021	<i>"Are we overlooking obsessive-compulsive disorder during and after pregnancy? Some arguments for a peripartum onset specifier"</i>	Revisão Narrativa	Não se aplica	A aplicação de uma ferramenta específica para caracterizar casos de POC no peri-parto pode ajudar no alerta para a sua consciencialização, deteção e diagnóstico durante e após a gravidez.
Starcevic et al. 2020	<i>"Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder during Pregnancy"</i>	Revisão sistemática e meta-análise	Não se aplica	A POC na gravidez e nas mulheres que não estão nem grávidas nem em pós-parto são semelhantes nas suas manifestações clínicas, ao

	<i>and the Postpartum Period: a Systematic Review and Meta-Analysis"</i>			contrário da POC no pós-parto. A diferença mais marcante foi a frequência significativamente maior de obsessões agressivas para prejudicar o bebê e significativamente menor de preocupações com contaminação, simetria/ exatidão e acumulação.
Yakut et al. 2019	<i>"The course and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder during the postpartum period: A naturalistic observational study"</i>	Estudo observacional	37 mulheres com POC no período pós-parto (1º dia e após 6-8 semanas)	A severidade de sintomas da POC parecem diminuir naturalmente no período pós-parto. A diminuição de sintomas em mulheres após um parto prévio parece associar-se a um alívio significativo dos mesmos durante o período pós-parto subsequente.
Sharma & Sommerdyk, 2015	<i>"Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period. Diagnosis, differential diagnosis and management"</i>	Revisão Narrativa	Não se aplica	Devido à falta de consciencialização por parte dos médicos e doentes sobre a relação entre a POC e o parto, esta pode ser subdiagnosticada ou erroneamente diagnosticada como outras patologias (ex.: depressão major, perturbação de ansiedade generalizada e psicose). Fatores de risco para POC pós-parto incluem: ser primigesta, período pós-parto precoce, história pessoal de depressão, entre outros.
House et al. 2016	<i>"Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome"</i>	Estudo prospetivo	56 mulheres com POC (em intervalos de 1-3 meses durante 52 semanas pós-parto)	A severidade da POC permanece praticamente inalterada durante a gravidez e período pós-parto. Preditores de gravidade de sintomas de POC incluem a idade materna mais jovem e o tipo de parto.
Guglielmi et al. 2014	<i>"Obsessive-Compulsive Disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study"</i>	Estudo retrospectivo	542 mulheres (352 nos EUA e 190 na Europa) com POC	Eventos associados ao ciclo reprodutivo, em mulheres, constituem elevado risco para o início e exacerbação de POC. A exacerbação durante ou após uma gravidez é um fator de risco substancial para a exacerbação durante ou após a gravidez subsequente.
Russel et al. 2013	<i>"Risk of Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnant and Postpartum Women: A Meta-Analysis"</i>	Revisão sistemática e Meta-análise	Não se aplica	Mulheres grávidas e em período pós-parto são mais prováveis de desenvolver POC em comparação com mulheres na população geral.
Miller et al. 2013	<i>"Obsessive-Compulsive Symptoms During the Postpartum Period"</i>	Estudo coorte prospetivo	461 mulheres em período pós-parto (entre as 2 semanas e 6	Nas 2 semanas pós-parto registou-se diferenças estatisticamente significativas na idade materna, história conjugal, escolaridade e história psiquiátrica prévia entre as

			meses pós-parto)	que apresentam resultado positivo e negativo para POC. Aos 6 meses pós-parto, quase metade das mulheres apresentou sintomas persistentes e 5,4% adicionais desenvolveram novos sintomas de POC.
Speisman et al. 2011	<i>"Postpartum Obsessive-Compulsive Disorder"</i>	Revisão Narrativa	Não se aplica	A POC no período pós-parto tem um início rápido e o conteúdo dos sintomas focam-se, geralmente, em prejudicar o bebê. O início dos sintomas, o conteúdo e o curso da POC no período pós-parto difere relativamente ao não pós-parto. Os enfermeiros, por estarem na linha da frente no auxílio às mães, são essenciais para a prevenção, identificação e tratamento da POC no período pós-parto.
Uguz et al. 2011	<i>"Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy"</i>	Estudo retrospectivo	52 mulheres com início de POC antes da gravidez	32.7% das mulheres grávidas têm agravamento de sintomas obsessivo-compulsivos. Depressão major, perturbação de ansiedade generalizada, obsessões e compulsões relacionadas com contaminação e simetria afetam negativamente a evolução da POC, enquanto as obsessões religiosas têm um efeito neutro e/ou positivo.
Lord et al. 2011	<i>"Piloting the Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS): Development and validation"</i>	Estudo prospetivo	162 mulheres (67 grávidas e 95 em período pós-parto) saudáveis ou com diagnóstico de POC, depressão ou ansiedade	A <i>POCS (Perinatal Obsessive-Compulsive Scale)</i> parece ser uma ferramenta com boa sensibilidade e especificidade. Preocupações que se assemelhem a sintomas de POC durante o período peri-natal são referidas quer por mulheres saudáveis quer diagnosticadas com depressão e ansiedade. Espera-se que a <i>POCS</i> aumente a consciencialização e deteção precoce de POC e ajude os médicos a descrever, entender, diagnosticar e tratar melhor essa população.
McGuinness et al. 2011	<i>"OCD in the Perinatal Period: Is Postpartum OCD (ppOCD) a Distinct Subtype? A Review of the Literature"</i>	Revisão Narrativa	Não se aplica	A ideia de que a POC pós-parto ( <i>ppOCD</i> ) é um subtipo específico da POC não foi demonstrado de forma robusta. A evidência de que a POC é mais prevalente no período pós-parto não é clara. A evidência de que a POC no período pós-parto apresenta um quadro clínico distinto com sintomatologia e curso específicos é mais convincente.

Tabela 1 – Resultados

# Discussão

## Prevalência e Incidência

Ao abordar o tema da POC na gravidez e no período pós-parto, uma das primeiras questões que se coloca é qual a sua prevalência e incidência nestes dois períodos.

Estudos sugerem que o período perinatal é, por si só, um fator de risco para o aparecimento ou exacerbação da POC (Sharma & Mazmanian, 2021; Miller et al., 2013) sendo que as mulheres grávidas e puérperas parecem ser 1,5 a 2 vezes mais propensas a ter POC em comparação com a população geral (McGuinness et al., 2011; Russell et al., 2013; Starcevic et al., 2020). Segundo *Speisman et al* (2011) as estimativas da prevalência da POC perinatal variam muito, sendo que entre 25% a 70% das mulheres com POC relatam que a gravidez e/ou parto foi o evento precipitante para o seu desenvolvimento. Pelo contrário, segundo o *National Comorbidity Survey Replication*, um estudo de larga escala nacionalmente representativo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), refere que apesar de gestantes e puérperas apresentarem maior risco de POC em relação à amostra de controlo, essa diferença não pareceu ser estatisticamente significativa (Russell et al., 2013). Até ao momento, as evidências de estudos, tanto retrospectivos quanto prospectivos, acerca da prevalência e incidência na gravidez e no período pós-parto, apresentam resultados ligeiramente diferentes, sendo tal possivelmente atribuído a diferenças regionais, diferenças entre países, ao uso de diferentes medidas de diagnóstico e ao tipo de amostra (Russell et al., 2013). As estimativas de prevalência muito mais altas podem ser atribuídas a uma avaliação mais abrangente dos sintomas de POC perinatais específicos e às diferenças entre os critérios de diagnóstico do DSM-4 e do DSM-5 (Fairbrother et al. 2021). A maioria dos pensamentos intrusivos indesejados de danos acidentais relacionados com bebé não seriam considerados como “inadequados” no DSM-4. Em relação às compulsões, muitas mulheres não interpretam o seu comportamento compulsivo relacionado com o bebé como sendo excessivo (Fairbrother et al., 2021). Estas mudanças do DSM-4 para o DSM-5 provavelmente aumentam a prevalência do POC em geral, inclusive para mulheres perinatais, conforme documentado no presente estudo.

Para além da sugestão de que a POC é mais prevalente no período perinatal, também tem sido sugerido que a gravidez e o puerpério podem exacerbar a POC pré-existente. Não está claro, no entanto, a partir dos estudos de incidência e prevalência, qual a proporção da POC que ocorre no período perinatal é devido ao início *de novo* da POC e o que é devido à exacerbação da POC pré-existente (McGuinness et al., 2011).

### **Na gravidez**

Estudos anteriores encontraram uma prevalência de POC em mulheres grávidas mais alta do que o esperado, em comparação com a população em geral (Uguz et al., 2011).

Contudo, os valores correspondentes à estimativa da sua prevalência parecem variar bastante entre autores e entre os diferentes estudos: *McGuinness et al.* (2011) e *Starcevic et al.* (2020) encontraram taxas de prevalência significativamente diferentes, variando de 0,2% a 3,5%; *Russel et al.* (2013) refere que a prevalência de POC varia entre 0,3% e 29%; *Fairbrother et al.* (2021), menciona que as estimativas de prevalência ponderada no período pré-natal foram de 7,8% e a estimativa de prevalência pontual no período pré-natal foi de 2,9%; *Fairbrother et al.* (2016) refere uma taxa de prevalência de 3% e uma meta-análise encontrou taxas de prevalência durante a gravidez de 2,07% (Russell et al. 2013, Sharma & Mazmanian, 2021).

Como tal, com estes resultados díspares entre estudos, torna-se difícil perceber qual é, de facto, a prevalência da POC na gravidez. No entanto parece existir claramente uma tendência de esta ser mais comum na gravidez do que na população em geral.

### **No período pós-parto**

As estimativas da prevalência de POC no período pós-parto variam de acordo com a amostra do estudo, instrumentos de diagnóstico utilizados e a duração do pós-parto considerada em cada estudo (Sharma & Sommerdyk, 2015). O risco de POC no período pós-parto parece ser maior do que durante a gravidez (Russell et al., 2013), variando a sua prevalência consoante os autores: entre 2,7% e 9% (McGuinness et al., 2011; Russell et al., 2013; Starcevic et al., 2020); entre 4% e 9% (Lord et al., 2011) e de 2,43% (Sharma & Mazmanian, 2021). Segundo *Fairbrother et al.* (2021), as estimativas obtiveram valores mais elevados, com uma prevalência ponderada no puerpério de

16,9% e estimativa de prevalência pontual no pós-parto de 7%, sendo esta última significativamente maior do que os 1,7% relatados na meta-análise de *Fairbrother et al.* (2016).

### **Evolução da POC na gravidez e pós-parto**

Algumas mulheres são vulneráveis a desenvolver POC ou ter uma exacerbação de POC pré-existente durante eventos do ciclo reprodutivo, como a gravidez e o período pós-parto. Os estudos acerca do impacto do período perinatal na POC pré-existente são inconsistentes, sendo descritos na literatura quer melhoria dos sintomas quer de exacerbação da doença ou manutenção dos sintomas (Chatterjee et al., 2021; Sharma & Mazmanian, 2021). Os estudos existentes foram principalmente retrospectivos, o que limita a capacidade de se compreender os sintomas de POC durante esse período de tempo, sistemática e prospectivamente (Chatterjee et al., 2021).

Nos últimos anos tem surgido um interesse crescente da POC no período perinatal e um número crescente de estudos e relatórios têm sugerido que a gravidez e o puerpério podem precipitar ou exacerbar o POC em algumas mulheres (McGuinness et al., 2011).

### **Início versus Exacerbação**

A gravidez pode ser um gatilho específico e potente da POC dado que 5-39% das mulheres relatam ter o primeiro aparecimento de POC na gravidez (Sharma & Mazmanian, 2021; Uguz et al., 2011; Russel et al., 2013; House et al., 2016). Já segundo *Guglielmi et al.* (2014), apenas 5,7% e 3,7% das mulheres relataram o início da POC associado à gravidez e 4,6% e 4,9% relacionado com o pós-parto (Guglielmi et al., 2014). Segundo Russel até 50% das mulheres podem registrar o aparecimento de POC no período pós-parto e segundo *Lord et al.* (2011), a maioria das puérperas (70%) datava o início no momento do nascimento do bebê.

No que diz respeito à altura específica da gravidez em que surgem os primeiros sintomas, de entre uma amostra de 355 mulheres, a maioria (39,5%) datou o início dos sintomas durante o primeiro trimestre; 11,6% durante uma gravidez anterior e 8,5% durante o segundo trimestre (Araújo et al., 2021). Já segundo *Lord et al.* (2021), 67% das

mulheres datou o seu início no primeiro trimestre. Quando questionadas sobre eventos precipitantes para sintomas da POC, as mulheres relatam o parto com notável consistência, sendo este o único evento de vida com uma associação previsível (Miller et al., 2013).

### **Exacerbação dos sintomas**

Alguns estudos retrospectivos que examinaram diretamente a prevalência de POC pós-parto em mulheres com diagnóstico de POC preexistente, sugerem que muitas mulheres relatam um agravamento dos sintomas obsessivo-compulsivos durante a gravidez e o pós-parto (Speisman et al., 2011). *Guglielmi et al.* (2014) realizou um estudo retrospectivo com uma amostra de 542 mulheres (352 da *Johns Hopkins University* (EUA) e 187 da *Academic Medical Center Amsterdam* (AMC)) que cumpriram os critérios de diagnóstico de POC segundo o DSM-4. Relativamente à exacerbação ou melhoria de sintomas de POC pré-existente, as mulheres da amostra da JHU relataram exacerbação dos sintomas em 35,3% (n = 120) das gestações, sem alteração em 56,5% (n = 192) e melhoria em 8,2% (n = 28). Em contrapartida, as mulheres da amostra AMC relataram melhoria em 28,2% (n = 33) e exacerbação dos sintomas em 26,5% (n = 31) das gestações. Estes resultados são relatados em termos de gestações (em vez de percentagem de mulheres), uma vez que é possível que as mulheres possam exacerbar numa gravidez e não noutra. O evoluir dos sintomas após o parto foi comparável em ambas as amostras, tendo existido uma exacerbação em 45,7% (n = 159) dos casos na amostra do JHU e em 49,2% (n = 61) casos na amostra do AMC. Em ambas as amostras, a maioria das exacerbações ocorreu após o primeiro parto (n = 83 e 35, respetivamente) (*Guglielmi et al.*, 2014). Em resumo, em ambas as amostras, a maioria das mulheres que tiveram filhos, pelo menos uma vez, apresentaram exacerbação durante a gravidez e/ou pós-parto (62,4% [n = 121] norte-americanas e 53,7% [n = 44] holandesas). A exacerbação dos sintomas pré-existentes da POC é verificada em 8–46% na gravidez e 29–48% no pós-parto. No entanto, é difícil explicar porque é que na amostra do AMC muitas mais gestações (28,2%) coincidiram com uma melhoria de sintomas relativamente à amostra da JHU (8,2%). Tal pode dever-se ao facto de as mulheres nas amostras JHU e AMC serem significativamente diferentes em várias características sociodemográficas (mulheres americanas tinham mais escolaridade, eram mais

propensas a trabalhar e ter filhos), bem como características clínicas (mulheres americanas tinham uma idade mais jovem). Com este estudo verificou-se, portanto, que o pós-parto é o evento reprodutivo em que a maioria das mulheres relata exacerbação dos sintomas, com quase metade com exacerbação (45,7 e 49,2%) (Guglielmi et al., 2014). Outros estudos referem também que mulheres com POC pré-existente tiveram exacerbação dos sintomas durante ou após a gravidez, sendo bastante variável entre si as percentagens em que tal acontece (Sharma & Mazmanian, 2021; Russell et al., 2013; Uguz et al., 2011; Speisman et al., 2011; McGuinness et al., 2011; Starcevic et al., 2020). A POC pré-existente foi exacerbada em 8%–46,1% das mulheres durante a gravidez (Speisman et al., 2011; Russel et al., 2013; Uguz et al., 2011), em comparação com 25%–75% no período pós-parto (Russell et al., 2013; Speisman et al., 2011; McGuinness et al., 2011; Starcevic et al., 2020). *Sharma & Mazmanian* (2021) refere que quase 80% podem mesmo ter exacerbação dos sintomas na gravidez e/ou pós-parto. De ressaltar que, vários estudos, parecem indicar que quase metade das mulheres tem uma persistência de sintomas obsessivo-compulsivos em 6 meses após o parto (Sharma & Sommerdyk, 2015; Miller et al., 2013; Sharma & Mazmanian, 2021).

### **Repetição da exacerbação em gravidez subsequente**

No que diz respeito à probabilidade de repetição da exacerbação na gravidez e período pós-parto subsequente, segundo *Guglielmi et al.* (2014), na amostra da JHU, as mulheres que exacerbaram na primeira gravidez tiveram cerca de 7 vezes mais probabilidade de exacerbar na segunda gravidez do que as mulheres que não exacerbaram na primeira. Na amostra da AMC, todas as mulheres que exacerbaram na primeira gravidez exacerbaram na segunda. As mulheres norte-americanas que apresentaram exacerbação dos sintomas após o primeiro parto tiveram 5 vezes mais probabilidade de exacerbar após o segundo parto do que as mulheres que não exacerbaram após o primeiro (Guglielmi et al., 2014). Este estudo oferece, portanto, evidências significativas de que a exacerbação durante ou após a primeira gravidez é um fator de risco substancial para exacerbação em ou após uma gravidez subsequente.

### **Melhoria (redução) ou manutenção dos sintomas**

Ao contrário daquilo que foi demonstrado no estudo de *Guglielmi et al* (2014) e nos estudos anteriormente referidos, a literatura mais recente fornece novos dados, afirmando que a gravidade da POC parece não ser afetada pelo período peri-parto na maioria das mulheres. De entre uma amostra de 19 mulheres que estiveram grávidas durante o estudo, verificou-se que o período peri-parto não impactou significativamente a gravidade da POC na maioria das mulheres (N = 13, 69%). Da minoria de mulheres com uma variabilidade mensurável nos sintomas de POC, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os períodos peri-parto e não peri-parto (Chatterjee et al. 2021).

Um outro estudo mostra que a gravidade da POC permanece praticamente inalterada durante a gravidez e o período pós-parto, o que é diferente de estudos semelhantes de outras psicopatologias (House et al., 2016). Este refere que nos estudos retrospectivos em que se baseou, 69% das pacientes com POC não tiveram alteração nos sintomas obsessivo-compulsivos durante a gravidez e 14% demonstraram melhoria dos mesmos (House et al., 2016). Dois outros estudos sugerem também que a gravidade da POC pode ser reduzida durante as primeiras 6-8 semanas do período pós-parto (Yakut et al., 2019; McGuinness et al, 2011).

Segundo os resultados de *Uguz et al.* (2011) e *Speisman et al.* (2011), os sintomas de POC preexistentes permaneceram inalterados em 43,9% e 53,8% dos casos, respetivamente, e diminuíram em 13,5% e 22% dos casos com a gravidez, respetivamente. Segundo *McGuinness et al.* (2011), a grande maioria das grávidas diagnosticadas com POC (n = 11, 68,7%) relataram também uma melhoria nos sintomas.

Em resumo, não há um quadro claro e inequívoco sobre o início e a exacerbação da POC na gravidez e no período pós-parto. Além disso, há necessidade de avaliar de forma crítica a adequação das ferramentas de triagem e diagnóstico que estão ser usadas com essa população (McGuinness et al., 2011; Speisman et al., 2011).

## **Etiologia e fatores de risco**

A exacerbação da POC na gravidez e/ou pós-parto pode ser traumática para algumas mulheres, impactando muitos aspetos da vida, podendo até deixar algumas mulheres hesitantes em ter mais filhos. Permanece a questão de quais são os fatores subjacentes responsáveis pelo desencadear da POC e/ou sua exacerbação perinatal em determinadas mulheres.

A etiologia da POC, em gestantes e puérperas, ainda não está totalmente esclarecida. No entanto, o início e a exacerbação da POC em mulheres, parecem estar relacionados com eventos do ciclo reprodutivo feminino como o nascimento de uma criança, sugerindo que alterações hormonais ou outras biológicas relacionadas a eventos reprodutivos em mulheres, podem contribuir para as altas taxas de aparecimento ou agravamento da POC (Guglielmi et al., 2014).

As teorias biológicas da POC pós-parto apontam para uma desregulação ou disfunção em vários neurotransmissores ou hormonas, incluindo serotonina, estrogénio, progesterona e oxitocina (Speisman et al., 2011). Hormonas como o estrogénio e a progesterona têm sido associados ao funcionamento da serotonina, sendo que durante a gravidez e o pós-parto, as mulheres têm uma diminuição acentuada dessas hormonas (Speisman et al., 2011; Russell et al., 2013), o que pode explicar o início abrupto dos sintomas obsessivo-compulsivos. Além disso, foi estabelecida uma ligação entre os níveis de oxitocina e a gravidade da POC, sendo que durante a gravidez e o pós-parto as concentrações de oxitocina aumentam podendo, portanto, contribuir para o desenvolvimento de POC (Speisman et al., 2011; Miller et al., 2013).

Estudos psicofisiológicos de mulheres com POC pós-parto mostraram níveis de cortisol aumentados em relação aos grupos de controlo, sugerindo que mulheres com POC pós-parto são mais reativas ao *stress* e ansiedade (Speisman et al., 2011).

Comportamentos adaptativos destinados a proteger a criança de danos podem também desencadear pensamentos obsessivos em mulheres com predisposições genéticas ou ambientais para a POC (Speisman et al., 2011). De facto, estudos referem que os fatores psicológicos também devem ser considerados para entender o aumento da prevalência da POC em mulheres grávidas e puérperas. Embora pensamentos

intrusivos ocorram de forma comum em mulheres que foram mães recentemente, fatores psicológicos como crenças de responsabilidade, proteção exagerada em relação ao filho/a e avaliações erradas de pensamentos intrusivos, podem aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento ou exacerbação da POC. Ter um bebê representa uma mudança repentina do foco de si mesmo ou do parceiro/a, para atender às necessidades imediatas e preocupações que ter um bebê implica (Russel et al., 2013).

O significado atribuído aos pensamentos intrusivos, em vez da mera presença desses pensamentos, é o fator que contribui para o desenvolvimento do comportamento obsessivo. Assim, embora os pensamentos intrusivos sejam comuns na gravidez e no período pós-parto, as mulheres são mais propensas ao risco de desenvolverem POC se acreditarem que esses pensamentos aumentam a probabilidade do comportamento ocorrer, e exageram as consequências desse mesmo evento. Por exemplo, pegar numa faca da cozinha pode evocar uma imagem intrusiva de esfaquear um filho. Em vez de interpretar esta imagem como apenas um pensamento fugaz, uma mulher em risco de desenvolver POC pode interpretar o evento como um revelar dos seus “verdadeiros” sentimentos pelo bebê e pode começar a evitá-lo por medo de infligir um dano real. Estes pensamentos podem desencadear um comportamento de evitamento, tentativas de suprimir o pensamento, bem como comportamentos repetitivos visando reduzir o seu sofrimento (Russell et al., 2013).

Outros fatores de risco para a POC pós-parto incluem primiparidade, período pós-parto precoce (primeiras 4 semanas), história pessoal de depressão, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva, perturbação de personalidade evitante e a presença de crenças disfuncionais relacionadas com a POC. Verificou-se que a POC foi mais frequente em mães com história pessoal de perturbação psiquiátrica prévia, doença somática (Sharma & Sommerdyk, 2015) ou complicação obstétrica na gravidez ou parto (Sharma & Sommerdyk, 2015; Yakut et al., 2019). Curiosamente, mulheres com POC pós-parto são mais propensas a ter história familiar de perturbações de humor e perturbações por uso de substâncias do que POC (Sharma & Sommerdyk, 2015).

Outras variáveis que poderiam influenciar o curso da doença foram investigadas, incluindo raça materna, escolaridade materna, estado civil materno, parto prematuro, método de parto, paridade e admissão na unidade de terapia intensiva neonatal.

Nenhuma dessas variáveis influenciou significativamente os sintomas da POC (House et al., 2016). No entanto, o parto por cesariana pareceu estar associado a mais sintomas de POC durante o período pós-parto (House et al., 2016). Esses resultados podem ser explicados pela maior ansiedade associada à cesariana ou pelo tempo de recuperação mais stressante e demorado, em comparação com o parto vaginal. Esses resultados são discordantes com investigações anteriores, que não relatam nenhuma associação com o método de parto (House et al., 2016).

## **Manifestações Clínicas**

A POC é uma perturbação caracterizada por pensamentos, ideias ou dúvidas recorrentes e indesejáveis (obsessões) que dão origem a angústia e impulsos para responder a essa ansiedade obsessiva com atos comportamentais ou mentais excessivos (compulsões). É uma condição clinicamente heterogênea com grande variação no conteúdo específico de obsessões e compulsões (McGuinness et al., 2011).

### **Sintomas normais *versus* patológicos**

As obsessões e compulsões são comuns em mulheres que foram mães recentemente e geralmente não requerem nenhum tratamento. Para se qualificar como um diagnóstico de POC, as obsessões ou compulsões devem durar mais de 1 hora por dia ou causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional (Sharma & Mazmanian, 2021).

Existem evidências consideráveis de que muitas mães têm pensamentos intrusivos e inaceitáveis sobre os seus recém-nascidos e que algumas dessas intrusões, particularmente aquelas relacionadas a danos intencionais, são muito semelhantes às relatadas em estudos com mulheres perinatais diagnosticadas com POC (McGuinness et al., 2011; Lord et al., 2011). Estes pensamentos podem ser observados em mães saudáveis a um nível sub-clínico, com um pico no período pós-parto imediato, ocorrendo em 34-65% das mulheres (Sharma & Sommerdyk, 2015), bem como em mulheres que sofrem de depressão pós-parto (McGuinness et al, 2011).

A má interpretação dos pensamentos intrusivos e o medo de agir sobre eles leva à ruminação obsessiva e à preocupação e desejo de realizar rituais compulsivos.

Assumindo que o mesmo acontece durante a gravidez, alguns resultados acrescentam que, quando comparadas com mulheres que relatam pensamentos repetitivos como parte da maternidade normal, mulheres com sintomas obsessivo-compulsivos clinicamente significativa, podem apresentar uma atenção tendenciosa a determinados pensamentos e realizar pelo menos uma atividade compulsiva (Araújo et al., 2021).

Algum grau de sintomas de caráter obsessivo e algumas compulsões adaptativas podem ser benéficas no cuidado de um recém-nascido, na medida em que preocupações acerca da segurança da criança podem ser úteis para proteger o bebê de possíveis danos (Sharma & Sommerdyk, 2015). No entanto, quando graves ou persistentes, esses sintomas podem também causar angústia, bem como perturbar o vínculo mãe-bebê e as relações familiares. Entender onde traçar essa linha é clinicamente importante na avaliação de qualquer mulher no puerpério (Miller et al., 2013; McGuinness et al., 2011).

Em resumo, parece haver semelhanças marcantes nas obsessões clínicas vividas por mulheres com POC no período pós-parto e os pensamentos intrusivos experienciados por mães saudáveis (McGuinness et al., 2011).

### **Obsessões e Compulsões**

A combinação da má interpretação de pensamentos intrusivos em relação ao bebê e o desenvolvimento de respostas para diminuir a angústia de intrusões, podem contribuir para o início de sintomas obsessivo-compulsivos (Speisman et al., 2011). Primeiro, devido ao aumento da responsabilidade associada ao nascimento de um novo bebê, as mães podem sobrestimar a possibilidade de danos ao mesmo. Em segundo lugar, mães que sentem um maior senso de responsabilidade, que sobrestimam a ameaça ao bebê, que interpretam mal ou dão importância a pensamentos intrusivos normais sobre a segurança do bebê, irão apresentar sintomas obsessivo-compulsivos mais graves no pós-parto (Speisman et al., 2011). Por último, as mães que tomam precauções para evitar agir de acordo com os seus pensamentos obsessivos terão significativamente mais pensamentos obsessivos em relação às que não o fazem. Comportamentos de busca de segurança e evitamento aumentam a angústia e geram impulsos mais fortes para neutralizar pensamentos obsessivos quando eles ocorrem (Speisman et al., 2011). Mulheres com POC pós-parto podem ter obsessões e

compulsões menos graves em comparação com mulheres não grávidas internadas com POC, mas o conteúdo das suas intrusões geralmente é de natureza mais agressiva (Speisman et al., 2011).

### **Obsessões**

Embora a apresentação clínica da POC pós-parto varie muito, o conteúdo das obsessões ou pensamentos intrusivos, tendem sobretudo a concentrar-se em danos acidentais ou intencionais ao bebé (Sharma & Sommerdyk, 2015; Sharma & Mazmanian, 2021; Fairbrother et al., 2021; Russel et al., 2013; Lord et al., 2011), como: negligência, abuso sexual, afogamento, queimaduras, ataques de animais (McGuinness et al., 2021; Fairbrother et al., 2021), abanar o bebé, deixá-lo cair, achar que o bebé pode morrer enquanto dorme (Sharma & Sommerdyk 2015), contaminação (Araújo et al., 2021; Miller et al., 2013), simetria/ exatidão e o julgamento dos outros sobre o seu papel enquanto mãe (Araújo et al., 2021; Lord et al, 2011). Em média, os pensamentos sobre os danos acidentais foram mais frequentes e demorados do que os pensamentos de danos intencionais, mas causavam menos angústia (McGuinness et al., 2011).

Em vários estudos realizados constatou-se que as obsessões mais comuns no período perinatal foram de contaminação, simetria/exatidão, e agressividade variando as suas percentagens entre os 50% e 80%; os 33% e os 60% e os 43% e os 60%, respetivamente (McGuinness et al., 2011; Starcevic et al., 2020). De ressaltar que estes valores variam de estudo para estudo e consoante as amostras populacionais selecionadas e o período (gravidez ou pós-parto) em que se encontram. Segundo o estudo de *Starcevic et al.* (2020), a diferença mais marcante entre o grupo de mulheres grávidas e o grupo de mulheres em período pós-parto foi relativa à frequência de obsessões agressivas: enquanto eram comuns nas mulheres em pós-parto (62%), a sua frequência era muito menor em mulheres grávidas (17 %).

Um estudo realizado em 2011 com uma amostra de 92 mães no período pós-parto, indicou que mais de dois terços das mães (69%) tiveram pensamentos sem sentido e inaceitáveis focados nos bebés. Foram identificadas sete categorias de intrusões: (a) pensamentos de asfixia/morte infantil súbita; (b) pensamentos de acidentes; (c) pensamentos indesejados de prejudicar intencionalmente a criança; (d) pensamentos de perder o bebé; (e) doença; (f) pensamentos sexuais inaceitáveis; e (g)

contaminação. A grande maioria das mães relatou usar estratégias deliberadas, como autoconfiança, distração, oração, interações com o bebê, apoio social, inserção de pensamentos positivos e evicção para lidar e/ou controlar esses pensamentos (McGuinness et al., 2011).

Importante ressaltar que a religiosidade também parece ser um tema obsessivo relativamente comum na gravidez e período pós-parto (Speisman et al., 2011; McGuinness et al., 2011). Segundo *Uguz et al.* (2011), enquanto a contaminação e as obsessões por simetria/exatidão afetam negativamente a evolução da POC, as obsessões religiosas parecem ter um efeito neutro ou positivo (Uguz et al., 2011).

### **Compulsões**

No que diz respeito às compulsões, estas são menos comuns e geralmente envolvem verificação e uma procura de reafirmação. A POC perinatal tem implicações negativas para a saúde fetal, neonatal e infantil e, no período pós-parto, interfere na maternidade, no funcionamento dos relacionamentos e na vida diária (Fairbrother et al., 2021). Na gravidez, as compulsões de limpeza/lavagem (McGuinness et al., 2011; Starcevic et al., 2020; Miller et al., 2013) e de verificação parecem ser bastante comuns (McGuinness et al., 2011; Starcevic et al., 2020; Miller et al., 2013), com percentagens a rondar os 78%-86,7% e os 60%, respetivamente (McGuinness et al., 2011). Estes resultados dão um suporte adicional à sugestão de que os sintomas de contaminação e limpeza são uma apresentação clínica comum ligada à gravidez (McGuinness et al., 2011). No período pós-parto, as compulsões podem incluir a verificação frequente do bebê (Speisman et al., 2011; McGuinness et al. 2011; Sharma & Mazmanian, 2021; Starcevic et al., 2020), ordenação/arranjar (McGuinness et al., 2011) e a remoção de itens domésticos pontiagudos ou potencialmente perigosos.

Embora a limpeza compulsiva relacionada à ansiedade por germes e contaminação possa ocorrer, não há fortes evidências, segundo *Sharma & Sommerdyk* (2015) de que isso esteja relacionado de forma significativa à POC pós-parto. Mulheres com POC no período pós-parto relataram frequências significativamente mais baixas de compulsões de lavar/limpar e ordenar/organizar quando comparadas com com mulheres grávidas (Starcevic et al., 2020). Já noutros estudos, de forma contrária, autores referem que a compulsão da lavagem e limpeza parece também estar presente

no período pós-parto como acontece na gravidez (McGuinness et al., 2011; Russell et al., 2013 e Speisman et al., 2011; Sharma & Sommerdyk et al., 2015; Sharma & Mazmanian, 2021; Starcevic et al., 2020). Da mesma forma, vários estudos indicam que as mulheres em período pós-parto desenvolvem algum grau de evitamento dos bebês (McGuinness et al., 2011; Russell et al., 2013; Speisman et al., 2011; Sharma & Mazmanian, 2021). Isso inclui, por exemplo, não dar banho ao bebê e ficar fisicamente isolado do mesmo por medo de o magoar. Esse evitamento surge, como referido anteriormente, em resposta a pensamentos obsessivos intrusivos de o prejudicar (McGuinness et al., 2011).

### **POC no período pós-parto: um subgrupo da POC?**

Juntamente com outros estudos, *Araújo et al.* (2021) levantou a questão se a POC perinatal (principalmente no pós-parto) representa um subgrupo da POC. Existem evidências crescentes de que a apresentação de sintomas específicos pode diferir a POC pós-parto. Ao defender a POC pós-parto como um subtipo distinto, seria necessário demonstrar a existência de características clínicas que a distinguissem da POC não perinatal. Uma descrição recente da sua apresentação clínica inclui os seguintes sinais e sintomas: 1) Início (frequentemente rápido) ou agravamento durante a gravidez ou pós-parto; 2) Conteúdo obsessivo envolvendo contaminação (particularmente durante a gravidez), doença, violência, dano, acidente ou perda; 3) Evitar pistas obsessivas, às vezes incluindo evitar o recém-nascido; 4) Os rituais compulsivos podem ser explícitos (lavar, verificação) ou encobertos (rituais mentais, neutralizantes); 5) Frequentemente associada a sintomas depressivos; e 6) Não associado à psicose pós-parto (McGuinness et al., 2011).

No que diz respeito à sintomatologia, até à publicação de alguns estudos prospectivos, parecia estar a surgir um quadro consistente que diferenciava POC pós-parto, POC em geral e POC gestacional, sendo a POC pós-parto caracterizada por pensamentos agressivos e obsessivos sobre prejudicar o bebê. Os estudos prospectivos mais recentes sugeriram um quadro muito mais diversificado, e não está claro se isso se deve a diferenças culturais ou a questões metodológicas. O que está claro, no entanto,

é que é necessário o seu esclarecimento a partir de estudos prospetivos em diferentes países (McGuinness et al., 2011).

Em resumo, até ao momento, estudos comparando a POC no período perinatal, tanto na gravidez quanto no pós-parto, a principal diferença diz respeito ao conteúdo de obsessões específicas. Dado os tamanhos de amostra muito pequenos envolvidos nesses estudos, quaisquer conclusões devem ser tratadas com cautela até serem replicadas (McGuinness et al., 2011). Se a POC no pós-parto for tipificada por uma gama limitada de obsessões e compulsões, então o uso de medidas padrão de avaliação de POC, em vez de diagnóstico clínico para identificar participantes pode revelar-se problemático. Esta questão requer, portanto, maiores esclarecimentos (McGuinness et al., 2011).

## **Diagnóstico e Avaliação**

### **Escalas**

Na grande maioria dos artigos escolhidos como base para este estudo, foram utilizadas duas escalas para selecionar e/ou avaliar as mulheres de cada um dos estudos: *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) e *Perinatal Obsessive-Compulsive Scale* (POCS). Segundo *Lord et al.* (2011) a Y-BOCS é a escala mais utilizada e considerada o *gold standard* para avaliação da gravidade dos sintomas de POC devido às suas boas propriedades psicométricas, nomeadamente confiabilidade entre avaliadores e validade de construção. No entanto, não foi validada em mulheres com POC pós-parto.

A Y-BOCS possui 37 itens que avaliam sintomas obsessivos e 21 itens que avaliam sintomas compulsivos. Os itens são pontuados de 0 a 4 com 0 a indicar ausência de sintomas e 4 indicando sintomas graves. Assim, a pontuação total pode variar de 0 a 40. Sendo os sintomas considerados como sub-clínicos, leves, moderados, graves e extremamente graves, respetivamente (Sharma & Sommerdyk, 2015). Embora não tenha sido inicialmente concebido como uma ferramenta diagnóstica, a Y-BOCS espelha os critérios do DSM-4 para o diagnóstico de POC, na medida em que é um marcador de quão os sintomas obsessivo-compulsivos afetam a vida de uma mulher (Miller et al., 2013).

A POCS é a única escala que foi desenvolvida e validada em mulheres com POC perinatal. Trata-se de um questionário de autorrelato com uma versão pré-natal e uma versão pós-parto. A versão pré-natal consiste em 7 itens sobre pensamentos relacionados com a gravidez e o bebê, e 9 itens sobre comportamentos. A versão pós-parto possui 19 itens sobre pensamentos e 14 itens sobre comportamentos. Cada sintoma é avaliado numa escala de gravidade e numa escala de interferência (Sharma & Sommerdyk, 2015; Lord et al. 2011). Para avaliar a gravidade dos sintomas, são usadas perguntas semelhantes às da Y-BOCS para avaliar a quantidade de tempo gasto, interferência, angústia, resistência e controlo dos pensamentos (escala de gravidade: 10 questões com pontuação a variar de 0 a 4, com pontuações mais altas indicando maior gravidade dos sintomas). Para avaliar a interferência dos sintomas em diferentes aspetos da vida existe uma escala de interferência com 12 questões com pontuação de 0 a 4, com pontuações mais altas indicando maior sintoma gravidade (Lord et al., 2011).

A POCS trata-se de um instrumento novo, fácil e rápido, exigindo menos de 5 minutos para completar e pontuar. Com base nos resultados de *Lord et al.* (2011) uma pontuação maior que 9 no POCS não garante que a gestante ou puérpera sofra de POC, mas deve levar à avaliação diagnóstica, discussão sobre os seus sintomas e outras formas de apoio. Espera-se que a POCS aumente a consciencialização e a deteção da POC perinatal e ajude os médicos a descrever, entender, diagnosticar e tratar melhor essa população (Lord et al., 2011). A POCS parece ser uma ferramenta de triagem útil com boa validade de construção e boas propriedades psicométricas (itens representativos, alta consistência interna, boa validade e capacidade discriminativa). (Lord et al., 2011).

De um modo geral, as mulheres com POC durante o período perinatal revelaram mais sintomas e de maior gravidade na POCS do que na Y-BOCS. Além disso, observou-se que as mulheres não utilizam a opção de relatar sintomas perinatais específicos na opção “outro” ao usar a Y-BOCS (Lord et al., 2011).

No que diz respeito à POC, os instrumentos de diagnóstico existentes carecem de especificidade de conteúdo (principalmente a Y-BOCS) e relatam uma prevalência irrealisticamente baixa de sintomas obsessivo-compulsivos em mulheres durante o período perinatal. Se a escala de gravidade Y-BOCS fosse usada como ferramenta de diagnóstico numa amostra de mulheres em período perinatal, a classificação de

gravidade tornar-se-ia clinicamente significativa num limiar mais baixo do que numa população de POC não perinatal. Neste ponto, sugere-se que estas escalas sejam utilizadas com cuidado e não como ferramenta diagnóstica. Até que um limiar clínico possa ser estabelecido numa amostra maior, encoraja-se uma interpretação conservadora ao usar a Y-BOCS numa amostra em período perinatal e uma interpretação menos conservadora ao usar a POCS (Lord et al., 2011).

A PreOCS (versão pré-natal da POCS) é um questionário de autorrelato desenvolvido especificamente para ser usado em mulheres no contexto da gravidez. *Araújo et al. (2021)* realizou um estudo que consistiu em traduzir para português e validar a POCS. Este trabalho foi desenvolvido para ter um instrumento que permitisse uma avaliação válida e confiável da presença e gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos durante a gravidez (Araújo et al., 2021). A versão portuguesa da PreOCS apresenta boas propriedades psicométricas, apresentando-se como um instrumento válido e confiável (Araújo et al., 2021). Além disso, concluiu-se que a PreOCS não deve ser utilizada para fins diagnósticos, mas sim como um facilitador de uma avaliação rigorosa e sistemática. Considerando que apenas mulheres com gestações sem complicações foram consideradas nesse estudo, também é aconselhada cautela ao aplicar a versão em português da PreOCS a gestantes com comorbilidades ou a adolescentes (Araújo et al., 2021).

### **Causas de sub-diagnóstico**

O termo “perturbações psiquiátricas pós-parto” geralmente refere-se a casos de depressão pós-parto ou psicose puerperal. Essa definição exclui, muitas das vezes, outras doenças psiquiátricas que comumente ocorrem após o parto (Sharma & Mazmanian, 2021), os quais são muitas vezes inadequadamente abordadas nos ambientes clínicos. Uma das explicações é que, devido à expectativa das novas mães de estarem “felizes” com o nascimento de um filho, tentam esconder emoções ou sintomas negativos, não os relatando às equipas médicas. Outra razão para o fracasso em detetar sintomas psiquiátricos perinatais no pós-parto, é a educação limitada disponível para a maioria das mães, podendo estas, de facto, não saberem que os sintomas obsessivo-compulsivos são relativamente comuns após o parto e, portanto, não conseguirem distinguir o que é normal do que é patológico (Speisman et al., 2011). A falha no

diagnóstico correto da perturbação está associada a consequências potencialmente graves para a paciente e a sua família. A vigilância clínica e a avaliação detalhada são essenciais para garantir que a POC não seja esquecida ou diagnosticada erroneamente como outra perturbação psiquiátrica (Sharma & Sommerdyk, 2015). A consequente falta de consciencialização e rastreio rotineiro da POC contribui para o seu subdiagnóstico ou ser erroneamente diagnosticada como perturbação depressiva *major* ou outras patologias psiquiátricas (Sharma & Mazmanian, 2021; Sharma & Sommerdyk, 2015). Em vez de relatarem obsessões ou compulsões espontaneamente, as mulheres com POC geralmente queixam-se de ansiedade quando avaliadas clinicamente. Devido à natureza perturbadora das obsessões ou imagens, as mulheres muitas vezes sentem-se envergonhadas ou culpadas por revelar esses sintomas. Além disso, existe o medo de que a revelação de sintomas intrusivos envolvendo danos às crianças possa levar as mulheres a serem denunciadas aos órgãos de proteção à criança e/ou terem os seus bebés retirados dos seus cuidados (Sharma & Mazmanian, 2021).

Enquanto a avaliação padrão da POC se baseia em questões acerca de pensamentos indesejados e intrusivos envolvendo germes, sujidade, ordenação e organização, violência, dano e sexualidade, as mulheres em período perinatal parecem não interpretar essas perguntas de forma abrangente relativamente a intrusões relacionadas com o bebé. Quando apenas são feitas perguntas tradicionais e não específicas do período perinatal durante a avaliação da POC, as mulheres frequentemente deixam de relatar as suas obsessões porque não reconhecem que é sobre isso que estão a ser questionadas. Consequentemente, as avaliações da POC que não incluem perguntas sobre sintomas perinatais específicos (em particular perguntas sobre conteúdo obsessivo relacionado com o bebé e o impacto dos sintomas na maternidade, bem como em outros aspetos do funcionamento) podem subestimar a prevalência de POC perinatal materno (Fairbrother et al., 2021).

### **Consequências de sub-diagnóstico**

A POC, independente da sua etiologia, está associada a um acentuado comprometimento funcional e diminuição da qualidade de vida no que diz respeito aos domínios do funcionamento social, trabalho/emprego e família (Speisman et al., 2011; Sharma & Sommerdyk, 2015). A persistência dos sintomas da POC por falta de ajuda ou

tratamento ineficaz nos casos em que o clínico desconhece o diagnóstico correto, pode afetar a qualidade de vida materna, a prestação de cuidados ao recém-nascido e o próprio vínculo mãe-bebê (Russell et al., 2013; McGuinness et al., 2011). A interrupção do sono devido à verificação repetitiva do recém-nascido à noite pode contribuir para o agravamento dos sintomas. A possibilidade dos médicos e outros profissionais de saúde poderem, de forma errada, achar que a POC no período pós-natal requer um tratamento psicológico e psiquiátrico especializado não pode ser ignorada. Tais mal-entendidos podem, potencialmente, resultar na exclusão das mulheres do tratamento prontamente disponível ou resultar em avaliações de risco inadequadas (McGuinness et al., 2011). Quando diagnosticada e, conseqüentemente, não tratada, a POC segue uma evolução crônica e debilitante, contribuindo para dificuldades interpessoais e psicológicas ao longo da vida adulta. Além disso, a Organização Mundial da Saúde classificou a POC como uma das principais causas de incapacidade, nomeadamente em mulheres jovens entre os 15 e os 44 anos (Speisman et al., 2011).

## **Prevenção**

Clinicamente, são necessários esforços de identificação e prevenção da POC. Primeiro, ao instruir profissionais de saúde sobre a POC na gravidez e no período pós-parto promoveria a disseminação de informação correta e atualizada para as novas mães. Os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros também podem desempenhar um papel fundamental na detecção precoce de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos pois, muitas vezes, estão altamente envolvidos nestas etapas da vida da mulher (Speisman et al., 2021; Araújo et al., 2021). Em segundo lugar, os esforços para fornecer psicoeducação às novas mães podem ajudá-las a entender a normalidade dos seus pensamentos intrusivos e evitar que interpretem erroneamente esses pensamentos como altamente significativos. Da mesma forma, é importante que os enfermeiros e médicos ajudem as mulheres a identificar quando é que essas obsessões e compulsões são problemáticas e classificá-las como relacionadas à depressão pós-parto, psicose ou POC para facilitar o tratamento adequado (Speisman et al., 2011; Sharma & Mazmanian, 2021). Infelizmente, a psicoeducação sobre a presença e o conteúdo de pensamentos intrusivos no puerpério raramente é fornecida às mulheres, resultando numa oportunidade perdida de prevenção primária. Fornecer

psicoeducação pode ajudar a diminuir os comportamentos e ajudar as mães a aceitar esses pensamentos como normais e não serem estigmatizadas por sintomas obsessivo-compulsivos (Speisman et al., 2011; Araújo et al., 2021; McGuinness et al., 2011). Por último, no caso de sintomatologia significativa, seriam aconselhadas a procurar profissionais de saúde na área da saúde mental (por exemplo, psicólogo, psiquiatra, etc.). Além disso, devem estar atentos às populações de risco, que podem incluir mulheres que têm condições psicopatológicas anteriores ao nascimento dos seus filhos. Devido ao risco aumentado de desenvolver POC, mulheres com histórico prévio de depressão, perturbações de ansiedade devem ser identificadas o mais rápido possível durante a gravidez e acompanhadas de perto quanto ao surgimento de obsessões ou compulsões. Da mesma forma, mulheres com depressão ou perturbações de ansiedade no período pós-parto devem ser rastreadas para sintomas obsessivo-compulsivos. A identificação precoce da POC permitirá encaminhamentos oportunos e necessários para o tratamento a ser feito (Speisman et al., 2011; Sharma & Mazmanian, 2021; McGuinness et al., 2011). Algumas perguntas simples de triagem são: “tem pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que repetidamente entram na sua cabeça?” e “sente-se obrigada a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?”. Aquelas que respondem positivamente a uma ou ambas as perguntas devem ser avaliadas para POC usando os critérios diagnósticos do DSM-5. O grau de percepção das crenças subjacentes às obsessões e compulsões deve ser avaliado. O DSM-5 diferencia entre *insight* bom/justo (reconhecendo que as crenças são definitivamente ou provavelmente não verdadeiras, ou mostrando dúvida da sua realidade), *insight* pobre (pensando que as crenças são provavelmente verdadeiras) ou *insight* ausente/crenças delirantes (pensando que as crenças são definitivamente verdade). Devido às suas implicações diagnósticas e clínicas, as crenças delirantes que acompanham a POC devem ser identificadas. A avaliação também deve incluir o impacto dos sintomas no funcionamento e na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares próximos (Sharma & Sommerdyk, 2015). Melhorar a nossa compreensão da prevalência e da evolução da POC perinatal melhorará o direcionamento de recursos para prevenção, triagem e tratamento (Fairbrother et al., 2021).

## Conclusão

A evidência científica atual sugere que as mulheres grávidas e em período pós-parto têm, de facto, um maior risco (1,5 a 2 vezes mais) de desenvolver POC em comparação com a população em geral (Sharma & Mazmanian, 2021; Miller et al., 2013; McGuinness et al., 2011; Russell et al., 2013; Starcevic et al., 2020; Speisman et al., 2011). Para além da evidência de que a POC é mais prevalente no período perinatal, também tem sido sugerido que a gravidez e o puerpério podem exacerbar a POC pré-existente. Contudo, existem resultados contraditórios na literatura relativamente este tópico, pelo que se sugere que se realizem mais estudos, para que se possa compreender melhor a sua evolução nestes dois períodos.

No que diz respeito à etiologia da POC em gestantes e puérperas, esta ainda não está totalmente esclarecida, mas parecem existir alguns fatores associados ao seu aparecimento ou agravamento (Guglielmi et al., 2014), tais como: desregulação de neurotransmissores ou hormonas (serotonina, estrogénio, progesterona e oxitocina) (Speisman et al., 2011), cortisol (Speisman et al., 2011), fatores psicológicos como crenças de responsabilidade, proteção exagerada em relação ao filho/a e avaliações erradas de pensamentos intrusivos (Russel et al., 2013). Outros fatores de risco para a POC pós-parto incluem primiparidade, período pós-parto precoce, parto por cesariana, história pessoal de depressão, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva e perturbação de personalidade evitante (Sharma & Sommerdyk, 2015; House et al., 2016).

Segundo a literatura, parecem existir semelhanças entre obsessões vividas por mulheres com POC na gravidez e no período pós-parto e os pensamentos intrusivos experienciados por mães saudáveis (Miller et al., 2013; McGuinness et al., 2011). O conteúdo das obsessões ou pensamentos intrusivos, tendem a concentrar-se, sobretudo, em danos acidentais ou intencionais ao bebé, contaminação, simetria/exatidão e o julgamento dos outros sobre o papel enquanto mãe (Sharma & Sommerdyk, 2015; Sharma & Mazmanian, 2021; Fairbrother et al., 2021; Russel et al., 2013; Lord et al., 2011; Araújo et al., 2021; Miller et al., 2013).

Na gravidez, as compulsões de limpeza/lavagem são uma apresentação clínica comum (McGuinness et al., 2011; Starcevic et al., 2020; Miller et al., 2013) e no pós-

parto, as compulsões podem incluir a verificação frequente do bebê (Speisman et al., 2011; McGuinness et al. 2011; Sharma & Mazmanian, 2021; Starcevic et al., 2020), ordenação/arranjar (McGuinness et al., 2011) e a remoção de itens domésticos pontiagudos ou potencialmente perigosos.

Instruir os profissionais de saúde sobre a POC na gravidez e no período pós-parto promoveria a disseminação de informação correta e atualizada para as novas mães. (Speisman et al.,2021; Araújo et al., 2021). Fornecer psicoeducação poderia ajudar a diminuir os comportamentos e ajudar as mães a aceitar os seus pensamentos como normais e não serem estigmatizadas por sintomas obsessivo-compulsivos (Speisman et al., 2011; Araújo et al., 2021; McGuinness et al., 2011). Ao compreendermos melhor a prevalência, a evolução, principais fatores de risco e manifestações clínicas da POC na gravidez e no período pós-parto, iremos estar mais alerta e conscientes para a sua importância e, conseqüentemente, prevenção, triagem e tratamento.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (2013) Obsessive Compulsive Disorder and Related Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.)
2. Araújo, A., Macedo, A., Azevedo, J., Xavier, S., Soares, M. J., Cabaços, C., Marques, M., & Pereira, A. T. (2021). The Prenatal Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric and descriptive study in a Portuguese sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100638. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100638>
3. Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., & Ling, F. (2019). In *Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology* (8<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
4. Chatterjee, A., Zumpf, K., Sprague, J., Ciolino, J., Wisner, K. L., Clark, C., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., & Boisseau, C. L. (2021). Impact of the peripartum period on the longitudinal course of obsessive–compulsive disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 941–947. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01134-3>
5. Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. Y. K., Challacombe, F. L., Thordarson, D. S., Woody, S. R., & Janssen, P. A. (2021). High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2). <https://doi.org/10.4088/jcp.20m13398>
6. Guglielmi, V., Vulink, N. C. C., Denys, D., Wang, Y., Samuels, J. F., & Nestadt, G. (2014). Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: Results from the ocd and reproduction collaborative study. *Depression and Anxiety*, 31(12), 979–987. <https://doi.org/10.1002/da.22234>

7. House, S. J., Tripathi, S. P., Knight, B. T., Morris, N., Newport, D. J., & Stowe, Z. N. (2016). Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0542-z>
  
8. Lord, C., Rieder, A., Hall, G. B. C., Soares, C. N., & Steiner, M. (2011). Piloting the Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS): Development and validation. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(8), 1079–1084. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.005>
  
9. McGuinness, M., Blissett, J., & Jones, C. (2011). OCD in the perinatal period: Is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*(3), 285–310. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000718>
  
10. Miller, E. S., Chu, C., Gollan, J., & Gossett, D. R. (2013). Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *The Journal of reproductive medicine*, *58*(3-4), 115–122.
  
11. Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(4), 377–385. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917>
  
12. Sharma, V., & Mazmanian, D. (2021). Are we overlooking obsessive-compulsive disorder during and after pregnancy? Some arguments for a peripartum onset specifier. *Archives of Women's Mental Health*, *24*(1), 165–168. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01038-8>
  
13. Sharma, V., & Sommerdyk, C. (2015). Obsessive–Compulsive Disorder in the Postpartum Period: Diagnosis, Differential Diagnosis and Management. *Women's Health*, *11*(4), 543–552. <https://doi.org/10.2217/WHE.15.20>

14. Speisman, B. B., Storch, E. A., & Abramowitz, J. S. (2011). Postpartum Obsessive-Compulsive Disorder. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(6), 680–690. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01294.x>
15. Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K., & Berle, D. (2020). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder during Pregnancy and the Postpartum Period: a Systematic Review and Meta-Analysis. In *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 965–981. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09769-8>
16. Uguz, F., Kaya, V., Gezginc, K., Kayhan, F., & Cicek, E. (2011). Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *General Hospital Psychiatry*, 33(2), 197–199. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2011.01.013>
17. Yakut, E., Uguz, F., Aydogan, S., Bayman, M. G., & Gezginc, K. (2019). The course and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder during the postpartum period: A naturalistic observational study. *Journal of Affective Disorders*, 254, 69–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.027>