



O USO DE PSICOFÁRMACOS DURANTE A GESTAÇÃO

THE USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS DURING PREGNANCY

Bruna Padilha Milheiro dos Santos¹, Simone Maria Klok²

¹Acadêmica de Farmácia no Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba, Brasil

²Professora Doutora de Farmácia no Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba, Brasil

E-mail: brunapadilhamilheiro@gmail.com

RESUMO

Durante a gestação as mulheres podem ser afetadas por diversas patologias, decorrentes das mudanças em seu organismo. Os transtornos mentais, por exemplo, podem ser uma dessas patologias, dentre eles os mais comuns são, a Depressão, Ansiedade, Transtorno de Pânico e Esquizofrenia. Estes transtornos podem ser diagnosticados utilizando métodos específicos, formulados por especialistas da área psiquiátrica. Estas psicopatologias, podem ser tratadas com métodos psicoterápicos ou farmacoterápicos, dependendo do grau de cada caso. Quando se é escolhido a farmacoterapia, deve-se ter cautela com as opções das drogas, já que muitas delas possuem alto grau de teratogenicidade, ou seja, pode causar alguma malformação no feto. A Food and Drug Administration (FDA) elaborou uma classificação que auxilia nesta escolha, separando os fármacos em grupos de acordo com o seu potencial de teratogenicidade. Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura e analisar os tipos de tratamentos utilizados nos principais transtornos perinatal e puerperal. Por ser uma revisão literária qualitativa, tem como referência artigos extraídos de bancos de dados científicos, com por exemplo PubMed, Science Direct e etc. Na seleção dos artigos foram utilizados critérios de inclusão e exclusão de acordo com cada subtema e contendo as

palavras-chaves pertinentes ao assunto ao artigo.

Palavras-chave: gestação, puerpério, teratogenicidade, psicofármaco, transtornos mentais.

ABSTRACT

During pregnancy, women can be affected by different pathologies, resulting from the changes in their bodies. Mental disorders, for example, can be one of these pathologies, among them common disorders can be Depression, Anxiety, Panic Disorder, and Schizophrenia. These disorders can be diagnosed using specific methods formulated by psychiatric specialists. These psychopathologies can be treated with psychotherapeutic or pharmacotherapeutic methods, depending on the degree of each case. When pharmacotherapy is needed, one must be cautious with the drug chosen, since many of them have a high degree of teratogenicity, meaning that they can cause some malformation in the fetus. The Food and Drug Administration (FDA) has developed a classification that helps to make this choice, separating drugs into groups according to their teratogenicity potential. This paper aims to review the literature and analyze the types of treatments used in the main prenatal and puerperal disorders. Since this is a qualitative literature review, it is based on articles extracted from scientific databases, such as PubMed, Science Direct, etc. In the selected articles, inclusion and exclusion criteria were used according to each subtheme and containing the key words pertinent to the subject of the article.



Keywords: *pregnancy, puerperium, teratogenity, psychopharmaceutical, mental disorder.*

1. INTRODUÇÃO

A gestação é o período em que o organismo da mulher mais sofre mudanças, sendo fisiológicas, psicológicas e sociais. Essas alterações influenciam tanto o bem-estar materno quanto o fetal, por isso deve-se realizar o acompanhamento pré-natal para analisar toda a evolução gestacional e os fatores que implicam nas possíveis complicações.^{1,2}

O período gestacional é dividido em trimestres e cada um deles possui suas características e graus de riscos, o primeiro trimestre possui um maior risco para algumas gestantes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% dos abortamentos espontâneos ocorrem dentro do primeiro trimestre de gestação. Suas causas e fatores são inúmeros e em alguns casos sem diagnóstico exato.³

Um exemplo de complicação na gestação são Transtornos Mentais (TM) que acometem as gestantes. Estudos demonstram que mulheres são as mais afetadas pelos TM e o período gestacional e puerperal é o de maior incidência dos tais. Dentre os transtornos os mais comuns são: Depressão, Ansiedade, Transtorno de Pânico e Esquizofrenia.^{4,5}

Quando se refere a TM as pessoas são mais cautelosas e receosas em falar, em principal a gestante, já que a sociedade impõe que a gestação é um período de felicidade, que de fato é para algumas pessoas. Porém por conta desta cobrança algumas mulheres concluem que não “podem” estar passando por problemas psíquicos, elas escondem os sintomas e sinais das doenças, dificultando o tratamento e acompanhamento médico.⁴

Alguns estudos demonstraram

que a prevalência de ansiedade durante a gestação é de cerca de 20% e depressão de 7 a 15%. E já se comprovou que esses tipos de transtornos são prejudiciais para a gestação em si e para o relacionando mãe-bebê no puerpério, além das alterações na gestação.⁴

As alterações podem afetar a gestante e o feto, porém em sua grande maioria é o feto é o mais acometido. Dentre as principais consequências das complicações estão: aborto, descolamento de placenta, malformações, prematuridade, baixo peso fetal e dificuldade na alimentação do recém-nascido.²

Para cada TM possui-se um método de diagnóstico, que para se obter a gestante deve procurar um médico especialista para acompanhamento. Para depressão, por exemplo, têm-se usado como método de diagnóstico a

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), e o Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI).⁵

Após o diagnóstico o mais importante é o direcionamento médico sobre o tratamento. No ato da escolha do método terapêutico, tudo deve ser levado em consideração em principal a opinião da gestante. Os tratamentos farmacológicos são definidos com mais cautela do que uma terapia, por exemplo.^{2,5}

Alguns psicofármacos, medicamentos utilizados para o tratamento das doenças psíquicas, possuem alto risco de teratogenicidade, ou seja, potencial de causar malformação fetal. Além dos efeitos colaterais que as afetam, a alteração morfológica é o principal fator que impede a utilização do tratamento farmacológico, pois causa receio na gestante e na família.^{5,6}

As terapias, quando realizadas corretamente e com frequências, demonstram resultados promissores para alguns casos de Depressão, Ansiedade e Transtorno de Pânico leves. Porém quando se trata de casos mais graves e de Esquizofrenia, o tratamento farmacológico é indispensável, levando em consideração que a terapia não consegue suprir as necessidades da gestante portadora desses



TM maiores.^{2,5} A Food and Drug Administration (FDA), definiu uma classificação para os psicofármacos segundo o seu potencial de risco, ou seja, o grau de teratogenicidade do fármaco. Sendo os riscos A e B aceitáveis, C utilização com cautela, D utilização em último caso e X contraindicado.^{5,6,9}

Por mais que este assunto seja um problema de saúde pública, viu-se pouca discussão na atualidade no Brasil, por este motivo foi escolhido como tema do presente trabalho. Ainda se tem muito a ser falado e analisado quando o assunto é Transtorno Mental durante a gestação e os seus tipos de tratamentos. Pois deve ser visado o bem estar materno e fetal, aplicando uma terapêutica correta e coerente, apresentando sempre todas as opções para a gestante a família.

Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura e analisar os tipos de tratamentos utilizados nos principais transtornos mentais que ocorrem durante e após a gestação, pontuando os métodos de diagnósticos dos TM e possíveis alterações maternas e fetais no processo.

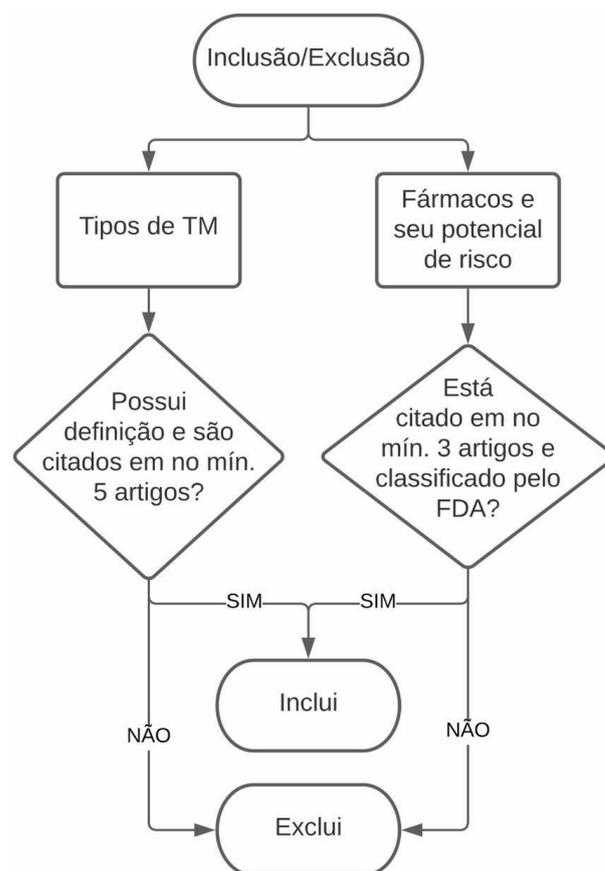
2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho refere-se a uma revisão de bibliografia de natureza qualitativa, que tem como referência artigos científicos extraídos dos seguintes bancos de dados: Scielo, Google Acadêmico, PubMed e Science Direct. Foram utilizados artigos de revisão, dissertações e monografias, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Como critério de inclusão foram utilizados artigos que foram publicados nos últimos 17 anos e que possuam pelo menos 2 palavras-chaves utilizada para a elaboração da pesquisa.

O trabalho tem como objetivo analisar todos os artigos selecionados e os correlacionar em busca de delimitar

os melhores tratamentos para TM durante e após a gestação. Serão aplicadas as seguintes palavras-chaves: “transtorno mental”, “gestação”, “psicotrópico”, “teratogenicidade”. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão apontados na figura 1.

Figura 1: Critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Próprio autor (2021).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os transtornos mentais podem ocasionar inúmeras alterações, tanto pela própria existência da patologia, quanto pelo fato de realizar um tratamento com medicamentos que podem causar teratogenicidade.^{2,7}

Para de analisar e possivelmente definir a melhor conduta do tratamento é preciso primeiramente saber qual é o transtorno mental que a gestante possui, quais os sintomas que são mais pontuais em seu organismo e expressões e por fim achar a



melhor alternativa visando o bem estar materno-fetal.

Para a elaboração desta revisão bibliográfica foram usadas 27 fontes de referência, incluindo manuais, normativas e publicações em plataformas médicas. Para assim ser possível analisar com amplo respaldo os tópicos necessários.

3.1. Principais transtornos mentais que podem ocorrer na gestação.

Os transtornos mentais (TM) são mudanças na função mental que afetam o desempenho de vida de uma pessoa. Dentre os TM estão a depressão, ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia, transtorno de pânico e outras psicoses. Em sua grande maioria estes TM são desenvolvidos durante o período de gestacional devido as alterações no organismo da mulher.⁵ Podem ocorrer também, por outros fatores externos, como traumas acontecidos em sua vida, desemprego, problemas conjugais, gravidez na adolescência, falta de uma rede de apoio, entre outros.⁸

A depressão é identificada como um conjunto de alterações genéticas, biológicas e emocionais. Uma parcela dos sintomas da depressão ocorre em decorrência da falta de produção da serotonina e noradrenalina, que são os neurotransmissores associados a este TM.^{2,8-10}

O transtorno de ansiedade é definido com o agravamento dos sintomas da ansiedade, que se trata de um sentimento de agitação, angústia, aflição e etc. Porém com alguns sintomas mais prejudiciais para o indivíduo. Na neurofisiologia da ansiedade é estudado a serotonina, que é liberada em menor quantidade que no normal em casos de ansiedade, causando os sintomas de amedrontamento.^{11,12}

Outro TM é o Transtorno de Pânico (TP) que é considerado uma crise de ansiedade abrupta e intensa, que

dura em torno de 15 a 30 minutos. Isso acontece em decorrência de um mecanismo de defesa acionado pela região central do cérebro, responsável por controlar as emoções e liberação de epinefrina. Este mecanismo faz com que a pessoas tenha sentimentos de medo, mal-estar físico e psicológico.^{13,14}

Já a esquizofrenia é definida como uma psicose crônica sem uma origem específica, que não afeta o intelecto da pessoa. Ela é caracterizada por uma deturpação de pensamentos e compreensão, por mal comportamento e dificuldade na expressão dos sentimentos e emoções.^{2,15,16}

3.2 Sintomatologia dos transtornos mentais.

Cada tipo de TM possui sintomas que os caracterizam, fazendo com que o diagnostico seja facilitado e consecutivamente o melhor tratamento seja escolhido.

A depressão é caracterizada por diminuição no humor, distúrbios no sono, desatenção, falta de interesse nas atividades diárias, melancolia, alteração do apetite (falta ou excesso), e podendo levar a pensamentos de suicídio.^{10,17,18}

Em casos de ansiedade pode-se verificar sintomas como pressentimentos ruins a todo momento, falta de controle dos pensamentos, exagero nas preocupações cotidianas, insônia, tremor, fadiga, palpitações, entre outros. Em alguns casos mais graves, os sintomas podem levar a pessoa a ter um ataque cardíaco, ou até mesmo a episódios de convulsão.^{17,19}

No transtorno de pânico, além de já apresentar alguns sintomas de ansiedade, também pode ocasionar outros sintomas como taquicardia, respiração acelerada, falta de ar, angina, palidez, suor frio, tontura, náusea, fraqueza nos membros inferiores, formigamento no corpo, tremores, calafrios, ondas de calor, desmaio ou vômito no pico da crise.^{13,14,17,20}

Na esquizofrenia são identificados sintomas como uma deturpação de pensamentos e compreensão, dificuldade na expressão dos sentimentos e emoções, delírios,



alucinações, alterações do curso, posse e forma do pensamento, alterações comportamentais, anedonia, apatia, isolamento social, dificuldade cognitivas e outras alterações afetivas.^{15,16,17}

3.3 Métodos de diagnósticos para os tipos de transtornos.

Um dos fatores que auxiliam o diagnóstico dos TM são as evidências dos sintomas, que estimulam a procura de um especialista para a esclarecimentos.

Apesar da gestação ser um momento importante e de euforia para muitas gestantes, como é imposto pela sociedade, algumas mulheres podem não ter este mesmo sentimento. E por ser uma cobrança das pessoas ao seu redor, essas gestantes acabam escondendo os sintomas, o que faz com que o diagnóstico seja prejudicado e causando um risco tanto para a mãe quando para o bebê.^{2,4}

De acordo com o 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a depressão gestacional pode ser classificada como “Transtorno Mental Não Especificado”. O seu diagnóstico pode ser realizado através dos critérios dispostos no próprio manual, ou por outros métodos. Como EPDS e BDI para depressão perinatal e PDPI para os casos denominados *blues baby*.^{5,17,21}

Utilizado o DSM-V é possível diagnosticar analisando e classificando os sintomas, sendo que para que seja afirmada a patologia deve-se ter no total cinco dos sintomas característicos. Tendo como principal sintoma o humor deprimido, momentâneos ou por longo período do dia. Os sinais devem estar ocorrendo por duas ou mais semanas.¹⁷

O Endinburgh Postnatal Depression Scale, é um questionário destinado a gestantes e puérperas. Ele possui 10

questões alternativa sobre como a paciente tem se sentido nos últimos sete dias. Após responder todo o questionário, é preciso fazer o cálculo da pontuação de cada pergunta. Se o total for igual ou maior que 10 significa que a paciente possivelmente está com depressão.^{5,22}

Para se analisar a intensidade e gravidade dos sintomas, também é utilizado o Inventário de Depressão de Beck. Ele é formado por 21 perguntas, onde o indivíduo irá escolher uma alternativa que mais se adequa aos seus sentimentos e emoções ocorridos na última semana. Para o cálculo do escore é utilizada uma escala 0 a 3 do tipo *Likert*, sendo que se o resultado apresentar valor entre 0 e 9 indica que o indivíduo não possui depressão, de 10 a 18 depressão de grau leve a moderado, 19 a 29 depressão moderada a severa e se estiver igual ou acima de 30 indica depressão severa.^{5,23}

O Postpartum Depression Predictors Inventory é utilizado pelos médicos para analisar possíveis fatores de risco, que possam favorecer o surgimento de uma depressão pós parto. Ele é um questionário que o médico usa como base para realizar uma entrevista, com perguntas relacionadas a vida da paciente, como o seu estado cível, situação socioeconômica e emocional.⁵

Para o diagnóstico de ansiedade pode-se utilizar alguns métodos, como o descrito no DSM-V, o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

De acordo com os critérios descritos no DSM-V é necessário que o indivíduo apresente como principais sintomas a preocupação excessiva, insônia e episódios de taquicardia.¹⁷

O HADS é um questionário utilizado em ambiente hospitalar para o diagnóstico de ansiedade e depressão. Ele é formado por 14 perguntas sobre o humor e sentimentos, que ao fim das respostas pontua um certo valor que indicará o resultado. A pontuação é calculada de acordo com a escala *Likert*, sendo que quando o resultado for igual ou maior que 9 indica que o paciente possui sintomas de



transtorno de ansiedade.²⁴

No BAI é analisado o grau de intensidade dos sintomas ansiosos. Este é questionário composto por 21 itens (sintomas), que a paciente deve assinalar qual opção se enquadra mais com os fatos ocorridos na última semana. As opções correspondem a uma escala de 4 pontos, sendo 0 a opção “absolutamente não” e 3 “gravemente”. A pontuação do questionário varia de 0 a 63, sendo que se o resultado estiver entre 0 a 9 indica que o paciente não possui ansiedade, de 10 a 18 ansiedade leve, 19 a 29 ansiedade moderada e igual ou maior que 30 indica ansiedade severa.¹²

Para diagnosticar um Transtorno de Pânico, de acordo com o DSM-V, é necessário que a paciente tenha tido um ataque de pânico apresentando por pelo menos quatro dos sintomas característicos da patologia, associados a sintomas de ansiedade, como a preocupação persistente. Também deve apresentar característica de perturbação, não causada por drogas ou outra patologia pré-existente.^{16,17}

De acordo com o DSM-V a esquizofrenia é diagnosticada de acordo com os seguinte critério: o paciente deve apresentar pelo menos três dos sintomas característicos da doença, com duração de um mês cada. Sendo que um deles deve ser obrigatoriamente delírio, alucinação ou discurso desorganizado. Também sinais de perturbação persistente, geralmente durando seis meses ou mais.¹⁷

3.4. As linhas de tratamento e sua eficácia.

Os métodos e tipos de tratamento de doenças psíquicas durante a gestação, não possuem um padrão estabelecido. Ainda são necessários alguns estudos para elaboração de uma padronização de acordo com as classificações de cada patologia.⁵

A gestação em si já possui

inúmeros agentes de risco, porém quando associada a uma psicopatia estes riscos aumentam. Em principal pelo fator tratamento, que por sua vez é o mais discutido nestes casos, já que a falta ou presença dele pode causar alterações materno-fetais.^{2,5,7}

Existem dois métodos de tratamentos para os Transtornos de Ansiedade, Depressão e Pânico, que são as psicoterapias ou intervenções medicamentosas. Sua escolha pode variar de acordo com a gravidade do transtorno, ou até mesmo, pela recusa da paciente.^{5,18}

As psicoterapias que apresentam mais efetividade são a Psicoterapia Interpessoal (PTI) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Na PTI são abordados assuntos interpessoais, sendo que estes são correlacionados aos sintomas da psicopatologia, em busca identificação um possível fator que desencadeou o transtorno. Já na TCC é trabalhado com a paciente as mudanças de alguns sintomas que podem ser autocontrolados por ela, como seu humor, suas atitudes e suas ideias.^{5,18,21}

A psicoterapia também pode ser associada com a farmacoterapia, pois quando em conjunto podem apresentar uma melhora mais significativa. Também previne que os sintomas de alguns transtornos aumentem, ou até mesmo uma futura recaída.¹⁸

Porém quando a paciente recusa a psicoterapia, a alternativa é a farmacoterapia. Para o tratamento da depressão são indicadas três linhas farmacológicas, sendo que a primeira é indicada para pacientes sem histórico de tratamento efetivo anterior.^{10,18}

Usando os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), constituídos pelo escitalopram, sertralina, paroxetina e fluoxetina. Estudos indicam que a sertralina é a mais indicada em caso gestacional, pois sua efetividade e cerca de 6,2% em gestantes.^{5,8,9,18}

Já os Antidepressivos Tricíclicos (AT) ou os Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAO), são usados como segunda ou terceira opção. Os ATs são mais indicados e com menores riscos no período gestacional, que outros antidepressivos, os mais usados são a amitriptilina, imiprimina e a nortriptilina.^{5,8,9}



O uso de IMAOs têm aumentado, pois a maioria do fármacos desta classe tem menos risco de alteração materno-fetais. Dentro dessa classe estão a venlafaxina, mirtazapina e reboxetina.⁵

Um exemplo da conduta medicamentosa para depressão perinatal é de um caso de uma gestante que foi acompanhada pela equipe medica com cautela. Uma mulher de 24 anos, estando em sua primeira gravidez dentro do 8º mês. Informou a equipe do pré-natal alguns sintomas que vem ocorrendo nas ultimas duas semanas, como insônia e problemas psicossociais. Ela relata também, episódios de vômitos ocorridos após a ingestão de duas cartelas de um medicamento para dormir, sendo necessária uma lavagem gástrica. Correlacionando as informações obtidas na consulta clínica anterior e atual, pode-se ver que a paciente teve perda de peso, alterações emocionais e durante o atendimento tinha pouco contato visual com o profissional da saúde. Ela também demonstrou indignação com a situação mundial atual, ocasionada pela pandemia da SARS-CoV-2. O médico responsável por ela, indicou como tratamento uma psicoterapia, porém ela recusou este método. Não dando outra opção a não ser a intervenção medicamentosa, prescrevendo um ISRS, escolhendo a fluoxetina como princípio ativo. Além de um acompanhamento mais cauteloso da equipe do pré-natal.¹⁸

Para o tratamento de ansiedade são utilizadas algumas classes de psicotrópicos, como os benzodiazepínicos, os ISRS e outros antidepressivos que também atuam nos sintomas de ansiedade relacionados a serotonina. Tais psicofármacos são: alprazolam, diazepam, lorazepam, clonazepam, paroxetina, escitalopram e venlafaxina. Destes os que são considerados primeira linha escolha são os ISRS, mas não exclui o uso dos benzodiazepínicos.^{8,9,18}

Como o Transtorno de Pânico

possui sintomas característicos de ansiedade, seu tratamento é semelhante. Porém como o TP ocorre de forma abrupta e intensa, é necessário um tratamento imediato, visando tranquilizar a paciente. Como método de tratamento são usados os ISRS, como o escitalopram, sertralina, paroxetina e fluoxetina. Também são utilizados os antidepressivos tricíclicos, como é o caso da imiprimina. Em alguns casos, o uso de benzodiazepínicos é considerado, havendo necessidade de avaliação do histórico da paciente e as possibilidades de alterações materno/fetais.^{8,9,13}

Como um exemplo de psicoterapia, é de uma mulher de 29 anos, que a cinco anos começou a apresentar alguns ataques de pânico, foi-lhe indicado o uso de imiprimina 200mg/dia. Porém quando descobriu a gestação parou de fazer o uso do fármaco e deu inicio a TCC, que apresentou mínima melhora. Em decorrência de alguns sintomas ansiosos, começou a ter novos ataques, o que fez com a equipe médica reavaliasse a psicoterapia. Então a paciente começou a fazer o uso de nortriptilina 100mg/dia, apresentando uma melhora nos sintomas, sem novos ataques de pânico.¹⁴

No tratamento de esquizofrenia a psicoterapia não é tão eficiente, pois os sintomas não são auto-controlados e são mais intensos do que de outros transtornos. Então são utilizados antipsicóticos, classe que possui como principal função sedativa, antidepressivos e estabilizadores de humor. Os antipsicóticos podem ser divididos em duas categorias, os convencionais, que possuem grande tempo no mercado, e os antipsicóticos de segunda geração, que são mais novos e possuem mais efetividade nos sintomas da patologia.^{6,8,9}

Desta classe as principais escolha para o tratamento de esquizofrenia na gestação é a respiridona, quetiapina e olanzapina que apresentam boa ação e riscos baixos.⁵

Dos moduladores de humor, são mais usados a lamotrigina, topiramato e gabapentina, que apresentam eficácia satisfatória durante a gestação.⁵

Um exemplo de uma conduta efetiva



do tratamento para esquizofrenia é de um caso de uma mulher, com 31 anos, que a dez anos foi diagnosticada com a patologia. Ela apresenta histórico de internamentos devido a surtos ocorrido após a interrupção do uso do psicotrópico. Após as intervenções hospitalares, foi liberada e voltou a farmacoterapia com olanzapina 10mg/dia, que mostrou uma boa efetividade farmacologia. Em uma das consultas de rotina, ela perguntou ao médico se mesmo o tratamento que está realizando pode tentar engravidar. Após quatro meses desta consulta ela volta para uma nova avaliação e informa que está com 16 semanas de gestação, e que mesmo assim está mantendo o uso de olanzapina e escitalopram (10mg/dia). Foi avaliado o caso e a paciente optou por continuar o uso do antipsicótico, que posteriormente não demonstrou teratogenicidade. A gestante teve um acompanhamento mensal mais detalhado, visando seu bem estar e o do bebê. Por fim, ela teve uma cesariana de sucesso, seu bebê nasceu sem alterações, saudável e demonstrou um ótimo desenvolvimento.²⁵

3.5 Efeitos adversos aos tratamentos e contraindicações.

Os próprios transtornos mentais ocasionam inúmeras mudanças na mulher, sendo elas genéticas, biológicas e emocionais, podem também causar alterações no curso da gestação, no feto e também no bebê no pós parto.^{2,7} Tais possíveis alteração são descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Possíveis alterações materno-fetais que os TM podem ocasionar.

TRANSTORNO MENTAL	POSSÍVEIS ALTERAÇÕES
Depressão	IMC materno alterado
	Pré-eclampsia
	Parto prematuro
	Baixo peso fetal
	Sofrimento fetal
	Alto risco de o bebê ir

	para UTI ao nascer.
	Aumento na concentração de cortisol materno
Ansiedade e Transtorno de Pânico	Parto prematuro
	Baixo peso fetal (durante a gestação e após o nascimento)
	Pré-eclampsia
	Microcefalia
	Alterações comportamentais no bebê após o nascimento e ao longo do seu desenvolvimento.
Esquizofrenia	Irregularidade placentária
	Hemorragia
	Sofrimento fetal
	Parto prematuro
	Abortamento espontâneo
	Aumento da probabilidade do bebê possuir esquizofrenia ao decorrer do seu desenvolvimento.

Fontes: Adaptado pelos autores com base em (Creeley, 2019).

Os medicamentos possuem teratogenicidade, ou seja, potencial de causar mal formação fetal. A classe que possui mais riscos são os psicotrópicos, visto que seu mecanismo de ação ocorre no Sistema Nervoso Central (SNC), estimulando a produção de neurotransmissores ou impedindo sua recaptção.⁸

O FDA desenvolveu uma classificação do potencial teratogenico para cada psicofármaco, tal é dividida em cinco categorias de acordo com seu risco, como visto na tabela 2.^{5,9}

Tabela 2 - Classificação do FDA de risco de teratogenicidade para os psicotrópicos.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
RISCO A	Estudos não demonstram risco.
RISCO B	Não possui risco em humanos.
RISCO C	Risco não pode ser excluído.
RISCO D	Resultados positivos de risco.
RISCO X	Contra-indicado para



	gestantes.
--	------------

Fontes: (Camacho, 2006; Trifu, 2020)

Portanto todos medicamentos utilizados para os tratamentos dos transtornos mentais abordados neste artigo, possuem uma classificação de acordo com a o FDA, como descrito na tabela 3.^{5,9}

Tabela 3 - Psicotrópico e sua classificação de acordo com o FDA.

PSICOTRÓPICO	CLASSIFICAÇÃO
ISRS	
Escitalopram	C (D se usado após o 4º mês)
Fluoxetina	C (D se usado após o 4º mês)
Paroxetina	D
Sertralina	C (D se usado após o 4º mês)
ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	
Amitriplina	D
Imiprimina	D
Nortriptilna	D
IMAO	
Mirtazapina	C
Reboxetina	C
Venlafaxina	C (D se usado após o 4º mês)
BENZODIAZEPINICOS	
Alprazolam	D
Diazepam	D
Lorazepam	D
ANTIPSICÓTICOS	
Olanzapina	C
Quetiapina	C
Respiridona	C
ESTABILIZADORES DE HUMOR	
Gabapentina	C
Lamotrigina	C
Topiramato	D

Fonte: (RDC nº60/2021; Trifu, 2020)

Os fármacos acima citados estão ou em classe C ou D de risco, ocasionando um acompanhamento mais cauteloso da equipe médica, para com a gestante que faz o uso de algum deles. Fármacos classificados como risco D, devem ser considerados última opção de tratamento, contando que eles possuem um elevado grau de alterações materno-fetais.^{5,8}

Alguns fármacos necessitam de uma atenção maior quando escolhidos como linha de tratamento. A fluoxetina e a paroxetina, têm sido consideradas como principal motivo de abortamentos espontâneos e algumas teratogenicidades.⁷

No uso durante a gestação de carbamazepina está relacionada as principais malformações no trato urinário, craniofacial, fenda orofacial e no tubo neural. Porém, quando usado no período de lactação não apresenta risco ao bebê.⁶

Os antipsicóticos quando utilizados no primeiro trimestre de gestação, apontam significativas alterações morfológicas nos fetos e abortamentos espontâneos.²⁷

Já os estabilizadores de humor são relacionados a malformação físicas e biológica, como fenda palatina, problemas respiratórios e cardiovasculares, hidronefrose, prematuridade e baixo peso fetal.⁹

Além destes medicamentos possuem este potencial de risco durante a gestação, podem também ter alterações durante a lactação possuindo risco de toxicidade ao bebê. O uso de alguns psicotrópicos, como os benzodiazepínicos (dosagem alta), podem causar sedação e alterações emocionais ao nascido.^{5,8}

4. CONCLUSÃO

Levando-se em conta tudo o que foi observado ao decorrer do artigo, pôde-se verificar que ainda é preciso estudos para a definição de um padrão de tratamento dos TM. Contudo o que se observa até o momento, como melhor alternativa para TM auto controláveis é uma psicoterapia, que por si só pode sanar a necessidade. Mas quando não há uma boa aceitação da parte da paciente para este método, a alternativa é a intervenção medicamentos, analisando o risco/efetividade, já que os fármacos possuem potencial de risco materno-fetais. Na grande maioria dos fármacos utilizados para a farmacoterapia de TM são de classificação C e D de acordo com o FDA, ou seja, o seu uso deve ser observado, pois nessa classe não é excluído o risco potencial de teratogenicidade. Conforme os



riscos de cada fármaco, pôde-se verifica que alguns deles são contraindicado, como o caso da carbamazepina. E em casos de TM no puerpério, deve-se ser analisado da mesma maneira, já que muito fármacos também são liberados pelo leite materno, causando ao bebê certa dependência. Além de todos esses fatos, outro fator que deve ser analisado, é a pouca discussão e conscientização da saúde mental da gestante, não apenas para a sociedade, mas em principal para a própria mulher grávida, já que é a mais afetada.

5. REFERÊNCIAS

[1] Aliane PP, Ronzani TM, Silva CS, Silva GR, Miranda DB, Oliveira PF, et al. Avaliação de saúde mental em gestantes. *Gerais*. 2008;1(2):113–22.

[2] Teixeira CS, Barbosa TL, Marangoni VSL, Neves ALM, Therense M. Aspectos da gestação e puerpério de mulheres com transtornos mentais. *Rev Enferm UFPE line*. 2019;13.

[3] Traina É. Caso complexo Maria do Socorro. Abortamento e Pré-natal. *Univ Aberta do SUS [Internet]*. Available from: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_casos_complexos/unidade22/unidade22_ft_abortamento.pdf

[4] Costa DO, de Souza FIS, Pedrosa GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(3):691–700.

[5] Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni É, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2006;33(2):92–102.

[6] Giménez A, Pacchiarotti I, Gil J, Murru A, Gomes SP, Pinzón JE, et al.

Adverse outcomes during pregnancy and major congenital malformations in infants of patients with bipolar and schizoaffective disorders treated with antiepileptic drugs: A systematic review. *Psychiatr Pol*. 2019;53(2):223–44.

[7] Kassada DS, Waidman MAP, Miasso AI, Marcon SS. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):495–502.

[8] Creeley CE, Denton LK. Use of prescribed psychotropics during pregnancy: A systematic review of pregnancy, neonatal, and childhood outcomes. *Brain Sci*. 2019;9(9).

[9] Trifu S, Popescu A, Marian M. Affective disorders: A question of continuing treatment during pregnancy (Review). *Exp Ther Med*. 2020;3474–82.

[10] Bonatti A de T, Roberto APDSC, de Oliveira T, Jamas MT, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in primary health care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29.

[11] Silva MMDJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm [Internet]*. 2017;51(e03253):1–8. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03253.pdf

[12] Maluf TPG. Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos. Tese. São Paulo 2002.

[13] Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2009;31(2):86–94.

[14] Ortiz VKB, Aguiar CLC, D’Antino MEF. Transtorno de Pânico e Gravidez. *Ver. Bras Psiquiat*. 2004;26(3):211-5

[15] Silva RCB. Esquizofrenia: Uma revisão. *Psicol USP*. 2006;17(4):263–85.

[16] Queirós TP, Coelho FS, Linhares LA, Correia DT. Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Med Port*. 2019;32(1):70.



- [17] Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-V-TR [Internet]. Vol. 5, American Psychiatric Association. 2013. 948 p. Available from: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf
- [18] Gomes LAS, Paiva IM, Pimenta M, Bemfica V, Morais ML, et al. Depressão gestacional e o impacto da pandemia pela COVID-19: relato de caso Gestational depression and the impact of the pandemic by COVID-19: case report Depresión gestacional e impacto de la pandemia por COVID-19: relato de caso. 13(3):1–6.
- [19] León AR. Depressão e ansiedade na gravidez e influência na intenção e duração pretendida da amamentação Depressão e ansiedade na gravidez e a influência na intenção e duração pretendida da amamentação. 2018;
- [20] Carvalho FLDE. SÍNDROME DO PÂNICO. Trabalho de conclusão de curso. Recife 2011;
- [21] Pitta JCN. CASO COMPLEXO 1 Danrley. Fundamentação Teórica: Icterícia neonatal. :1–7.
- [22] VandenBerg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. The Edinburgh Postpartum Depression Scale: Stable structure but subscale of limited value to detect anxiety. PLoS One. 2019;14(9):1–10.
- [23] Anunciação L, Caregnato M, da Silva FSC. Psychometric aspects of the beck depression inventory-ii and the beck depression inventory for primary care in facebook users. J Bras Psiquiatr. 2019;68(2):83–91.
- [24] Marcolino JÁM, Mathias LADST, Piccinini Filho L, Guaratini ÁA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. Rev Bras Anestesiol. 2007;57(1):52–62.
- [25] Hartmann PB. Esquizofrenia na gravidez: uma revisão sobre o uso de olanzapina. [Internet]. PubMed. 2021. Available from: <https://pubmed.com.br/esquizofrenia-na-gravidez-casos-e-revisao-da-literatura-sobre-a-olanzapina/amp/>
- [26] Regulação da Diretoria Colegiada. RDC Nº60, de 17 de dezembro de 2010. ANVISA. Interno R. Ministério da Saúde. 2010;
- [27] Albertini E, Ernst CL, Tamaroff RS. Psychopharmacological Decision Making in Bipolar Disorder During Pregnancy and Lactation: A Case-by-Case Approach to Using Current Evidence. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. New York. 2019;17(3):249-258.