

Camila Ignacio

**Prática Profissional Saúde da
Mulher – Doenças Psiquiátricas,
Psicofarmacoterapia e Gestação**

São Carlos

2021

Camila Ignacio

**Prática Profissional
Saúde da Mulher – Doenças
Psiquiátricas, Psicofarmacoterapia e
Gestação**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Medicina da Universi-
dade Federal de São Carlos.

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Departamento de Medicina

Graduação em Medicina

Orientador: Andréa Aparecida Contini

São Carlos

2021

Camila Ignacio

Prática Profissional Saúde da Mulher – Doenças Psiquiátricas,
Psicofarmacoterapia e Gestaçã/ Camila Ignacio. – São Carlos, 2021-
38 p. : il. 30 cm.

Orientador: Andréa Aparecida Contini

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar
Departamento de Medicina
Graduação em Medicina, 2021.

1. Psicofarmacologia. 2. Obstetrícia. 3. Saúde Mental Materna. I. Andrea
Aparecida Contini. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Faculdade de
Medicina. IV. Psicofarmacoterapia na Gestaçã

CDU 06:61:615.2

Camila Ignacio

**Prática Profissional
Saúde da Mulher – Doenças
Psiquiátricas, Psicofarmacoterapia e
Gestação**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Medicina da Universi-
dade Federal de São Carlos.

Trabalho aprovado. São Carlos, 13 de janeiro de 2022:

Andréa Aparecida Contini
Orientador

São Carlos
2021

Dedico esse trabalho às pessoas que precisam de acolhimento em Saúde Mental para cuidar de si e de quem amam.

Agradecimentos

Aos meus pais e meu irmão, por todo o apoio.

Gustavo e Elaine, por toda a ajuda dada no início da minha trajetória.

Pedro, pelo companheirismo e suporte até o final da graduação.

Foi o amor de vocês que me deu forças para realizar este sonho.

Às minhas companheiras de república estudantil e aos meus amigos do Grupo de Estudos Ordem Espontânea: por tantas memórias alegres.

À professora Isabela, pela aprovação no vestibular.

Aos professores, residentes, enfermeiros e preceptores que, nessa trajetória, me ensinaram um pouco mais todos os dias.

Aos amigos que fiz durante estes seis anos e a todos os grupos de internato em que estive, pela paciência e amparo nos momentos difíceis. Em especial, Dra. Aurora e Dr. João Marcos que, em 2017, me ensinaram sobre semiologia médica, humanidade e compaixão.

Às Dras. Jane, Sigrid e Cristina, que remediaram meu espírito em uma fase de desesperança.

À Alexandra Elbakian, pela universalização do acesso à informação científica.

E aos pacientes, pela oportunidade de aprender todos os dias com vocês.

*"A merry heart doeth good like a medicine, but a broken spirit drieth the bones."
(Proverbs. 17:22)*

Resumo

Gestantes com psicopatologias são uma população negligenciada, com menor acompanhamento de suas necessidades em saúde mental. Este trabalho objetiva ser um guia conciso de psicofarmacologia nesta população, com ênfase na importância do tratamento continuado para evitar recaídas e crises.

Palavras-chaves: saúde mental materna. psicofarmacologia. obstetrícia.

Abstract

Pregnant people who suffer from psychopathologies are neglected in their mental health needs. This paper intends to be a concise guide to psychopharmacological therapy during the gestational period, placing emphasis on continued treatment in order to prevent relapses or new crises.

Key-words: maternal mental health. psychopharmacology. obstetrics.

Lista de abreviaturas e siglas

ENEM: Exame Nacional do Ensino Médio

USF: Unidade de Saúde da Família

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada

TDAH: Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade.

Sumário

	Introdução.....	19
1	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....	21
1.1	Critérios diagnósticos segundo o DSM-V	21
1.2	Tratamento farmacológico em gestantes	22
2	TRANSTORNO BIPOLAR	23
2.1	Critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar tipo 1 segundo o DSM-V	23
2.1.1	Episódio Maníaco	23
2.1.2	Episódio Hipomaníaco	24
2.2	Tratamento farmacológico em gestantes com Transtorno Bipolar.....	25
3	TRANSTORNO DO DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)	27
3.1	Critérios diagnósticos segundo o DSM-V	27
3.2	Tratamento farmacológico em gestantes com TDAH.....	29
4	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)	31
4.1	Critérios diagnósticos segundo o DSM-V	31
4.2	Tratamento farmacológico em gestantes com TAG.....	31
5	ESQUIZOFRENIA	33
5.1	Critérios diagnósticos segundo o DSM-V	33
5.2	Tratamento farmacológico em gestantes com esquizofrenia.....	34
	Conclusão	35
	Referências Bibliográficas.....	37

Introdução

A gravidez não está associada ao aumento da incidência de doenças psiquiátricas, mas a co-existência de ambas coloca a gestante em posição de vulnerabilidade na presença de certos determinantes sociais, como:

- Rede de apoio deficitária
- Abandono pelo parceiro conjugal
- Experiências psicotraumáticas
- Gravidez precoce
- Antecedente pessoal de psicopatologia. [1]

A presença de um ou mais destes itens está associada a pior seguimento pré-natal e desfecho da gestação, com maior índices de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, nascimento de recém-nascidos de baixo peso, pequenos para a idade gestacional e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. [1][2]

Nos Estados Unidos da América, apenas de 5 a 14 por cento dessa população receberam seguimento psiquiátrico adequado durante a gestação, podendo levar ao abandono da terapia medicamentosa por receio materno dos efeitos dos psicofármacos nos fetos [1] ou da falta de expertise do clínico que está realizando o acompanhamento da gestante [2], fundamentando a necessidade do cuidado integral às gestantes com psicopatologias, promovendo a saúde mental reprodutiva, fortalecendo o vínculo de gestantes com os serviços de saúde.

1 Transtorno Depressivo Maior

1.1 Critérios diagnósticos segundo o DSM-V

A. Cinco ou mais dos sintomas abaixo, por pelo menos duas semanas, e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo. Pelo menos um dos sintomas é:

- 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer
 1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias por observação subjetiva ou realizadas por terceiros
 2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias
 3. Alteração de mais de 5 por cento do peso corporal em um mês sem estar em dieta. Ou alteração de apetite quase todos os dias
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias
 6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias
 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias
 8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias
 9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
- C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou outra condição médica
- D. A ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado ou não do espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos
- E. Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior [3]

1.2 Tratamento farmacológico em gestantes

- Dar preferência à monoterapia e doses no menor nível possível para atingir a terapêutica necessária, minimizando a exposição fetal ao fármaco e os efeitos colaterais, principalmente no sistema gastro-intestinal. Iniciar com metade da dose mínima recomendada (por ex: fluoxetina 10mg ou sertralina 25mg) e dobrá-la após 1-2 semanas.

Caso a gestante já esteja em uso de um antidepressivo, manter a dose habitual. [4]

- A descontinuidade da paroxetina não é necessária e nem indicada, caso a gestante já faça uso da medicação previamente à gestação. Entretanto, não deve ser a primeira droga de escolha em gestantes. Se houver história de parentes de primeiro grau com cardiopatias, deve-se realizar Ultrassonografia Obstétrica Morfológica para verificar desenvolvimento cardíaco fetal. [5]
- Caso haja decisão de parar o tratamento farmacológico, a descontinuação abrupta é contra-indicada. Deve-se fazer desmame, com reduções programadas de 25 por cento da dose por semana. [6]
- Pode ser necessário aumentar a dose do antidepressivo no decorrer da gestação, devido ao aumento do fluxo sanguíneo nos rins e fígado, e ao aumento das atividades das enzimas hepáticas induzida por mudanças hormonais; principalmente no terceiro trimestre. [7]
- Os antidepressivos Inibidores da Mono-amina Oxidase são contra-indicados pelo risco aumentado de malformações fetais. [8] Os demais tipos não estão associados com efeitos teratogênicos acima dos encontrados na população não-usuária de antidepressivos.

2 Transtorno Bipolar

2.1 Critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar tipo 1 segundo o DSM-V

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A-D em 10.1.1) B. A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado.

2.1.1 Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três ou mais dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

- Autoestima inflada ou grandiosidade
- Redução da necessidade de sono
- Logorreia ou pressão para continuar falando
- Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
- Distratibilidade (i. e. atenção desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado
- Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho, na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i. e. atividade sem propósito não dirigida a objetivos)
- Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex. envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

NOTA: um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex. medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento é evidência suficiente para um episódio maníaco e portanto para o diagnóstico de Transtorno Bipolar [3]

2.1.2 Episódio Hipomaníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de 04 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três ou mais dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

Autoestima inflada ou grandiosidade

Redução da necessidade de sono

Logorreia ou pressão para continuar falando

Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.

Distratibilidade (i. e. atenção desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado

Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho, na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i. e. atividade sem propósito não dirigida a objetivos)

Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex. envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característico do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

NOTA: os critérios A-F representam um episódio hipomaníaco. Esses episódios são comuns no Transtorno Bipolar Tipo 1, embora não necessários para o diagnóstico desse transtorno. [3]

2.2 Tratamento farmacológico em gestantes com Transtorno Bipolar

Deve-se lembrar que esta população tem risco maior de ter uma gestação não-planejada do que a população geral, além de maior risco de abuso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas. Por isso, se beneficiam de, e devem ser encorajadas a fazer planejamento reprodutivo, independente do desejo de engravidar. Antipsicóticos podem causar hiperprolactinemia e levar a irregularidades do ciclo menstrual e causar dificuldade para engravidar. [9]

- Suspender medicações teratogênicas, como Valproato, Carbamazepina, Fenobarbital, Topiramato e doses de Lítio acima de 900mg. Sempre usar as drogas na menor dosagem necessária para estabilização do humor. [10]
- É necessário educar a paciente sobre o benefício da estabilização de humor da psicofarmacoterapia durante a gestação e estabelecer planos de ação para eventuais crises neste período. [11]
- O risco de malformações congênitas em gestantes bipolares é similar à população geral, em torno de 2 a 5 por cento. [11]
- Fazer desmame das medicações teratogênicas no intervalo de 2 a 4 semanas, com redução gradual de 1 dose a cada 5-7 dias. [10]
- É proscrito utilizar antidepressivos em monoterapia, pois esse é um conhecido mecanismo indutor de crises de mania. Sempre associar com uma medicação estabilizadora de humor. [10]

- A droga de primeira escolha para estabilização de humor é o Haloperidol. Entretanto, apenas 30 por cento das pacientes se adaptam à medicação, devido ao seu perfil de efeitos colaterais. [10]
- Caso não haja adaptação ao haloperidol, as drogas de primeira escolha são, respectivamente, Olanzapina e Quetiapina. Nestes casos, torna-se importante vigilância do peso e dos perfis glicêmico e lipídico.
- A lamotrigina é associada a risco de teratogenicidade baixo, próximo ao da população que não utiliza esta medicação, além de conferir importante efeito protetor de oscilações de humor. Seu uso não precisa ser suspenso durante a gestação. [12]
- A exposição crônica a antipsicóticos no terceiro trimestre de gestação não está associada a maior incidência de teratogenia, mas pode ocorrer síndrome de abstinência, com anormalidades psicomotoras observáveis no período neonatal e são mais comuns entre filhos de gestantes que utilizaram risperidona. [13]

3 Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

3.1 Critérios diagnósticos segundo o DSM-V

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. Em ambos os domínios seis (ou mais) dos seguintes sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento, e tem um impacto negativo diretamente sobre as atividades sociais e acadêmicas e/ou profissionais. Para adolescentes e adultos mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são obrigatórios:

1. DESATENÇÃO:

- Muitas vezes, deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido na escola, no trabalho ou durante outras atividades.
- Muitas vezes tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em permanecer focado durante as palestras, conversas ou leitura longa).
- Muitas vezes parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (por exemplo, a mente parece divagar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- Muitas vezes, não segue instruções e não termina tarefas domésticas, escolares ou no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado).
- Muitas vezes tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade no gerenciamento de tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os pertences em ordem, é desorganizado no trabalho, tem má administração do tempo, não cumpre prazos).
- Muitas vezes, evita, não gosta, ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (por exemplo, trabalhos escolares ou trabalhos de casa ou para os adolescentes mais velhos e adultos: elaboração de relatórios, preenchimento de formulários, etc).
- Muitas vezes perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telefones móveis).

- É facilmente distraído por estímulos externos.
- É muitas vezes esquecido em atividades diárias (por exemplo, fazer tarefas escolares, adolescentes e adultos mais velhos: retornar chamadas, pagar contas, manter compromissos).

2. HIPERATIVIDADE-IMPULSIVIDADE:

- Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- Muitas vezes levanta-se ou sai do lugar em situações que se espera que fique sentado (por exemplo, deixa o seu lugar na sala de aula, no escritório ou outro local de trabalho, ou em outras situações que exigem que se permaneça no local).
- Muitas vezes, corre ou escala em situações em que isso é inadequado (Em adolescentes ou adultos, esse sintoma pode ser limitado a sentir-se inquieto).
- Muitas vezes, é incapaz de jogar ou participar em atividades de lazer calmamente.
- Não para ou frequentemente está a “mil por hora” (por exemplo, não é capaz de permanecer ou fica desconfortável em situações de tempo prolongado, como em restaurantes e reuniões).
- Muitas vezes fala em excesso.
- Muitas vezes deixa escapar uma resposta antes da pergunta ser concluída (por exemplo, completa frases das pessoas; não pode esperar por sua vez nas conversas).
- Muitas vezes tem dificuldade em esperar a sua vez (por exemplo, esperar em fila).
- Muitas vezes, interrompe ou se intromete os outros (por exemplo, intromete-se em conversas, jogos ou atividades, começa a usar as coisas dos outros sem pedir ou receber permissão).

B. Vários sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, na escola ou trabalho, com os amigos ou familiares).

D. Há uma clara evidência de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por

exemplo, transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade). [3]

3.2 Tratamento farmacológico em gestantes com TDAH

- É comum a comorbidade entre TDAH e outros transtornos psiquiátricos. Antes de iniciar o tratamento para o TDAH, deve-se priorizar tratamento das outras comorbidades, especialmente transtornos de uso e abuso de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas.
- Metilfenidato (nome comercial: Ritalina) está associado a malformações cardíacas congênicas e seu uso é desaconselhado. [15]
- Anfetaminas, como a lisdexanfetamina (nome comercial: Venvanse) não estão relacionadas com malformações congênicas. [15]
- Caso não haja tolerância às anfetaminas, gestantes que usam metilfenidato devem ser encorajadas a tentar tratamento com Bupropiona ou Atomoxetina. Ambas não têm associação com teratogenicidade. [15]
- A bupropiona também é útil para gestantes tabagistas. [15]

4 Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

4.1 Critérios diagnósticos segundo o DSM-V

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 ou mais dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses):

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele ou sensação de ter uma bola na garganta

2. Cansaço

3. Dificuldade em concentrar-se ou falhas de memória.

4. Irritabilidade.

5. Tensão muscular.

6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

NOTA: Apenas um item é exigido para crianças. [3]

4.2 Tratamento farmacológico em gestantes com TAG

O tratamento de primeira linha consiste no uso de antidepressivos, com prescrição de benzodiazepínicos para momentos de agudização de crises, apenas como medicação de resgate, sendo proscrito para uso de forma contínua.

Os antidepressivos são melhor discutidos na sessão Transtorno Depressivo Maior.

Os benzodiazepínicos também estão associados a maior taxa de abortamento no primeiro trimestre e partos pré-termo, além de síndrome de abstinência neonatal. Por isto, caso seja necessário usar um benzodiazepínico, deve-se fazer uso pontual de Lorazepam, associado a menor passagem placentária [16]

5 Esquizofrenia

5.1 Critérios diagnósticos segundo o DSM-V

A. Sintomas Característicos: Pelo menos dois dos seguintes, cada um presente por um espaço significativo de tempo durante um período de um mês (ou menos, caso tratado com êxito):

1. delírios
2. alucinações
3. fala desorganizada (ex., descarrilhamento freqüente ou incoerência)
4. comportamento totalmente desorganizado ou catatônico
5. sintomas negativos, ou seja, embotamento afetivo, alogia ou avolição

Apenas um sintoma A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de uma voz mantendo um comentário sobre o comportamento ou pensamentos da pessoa ou duas ou mais vozes conversando entre si.

B. Disfunção Ocupacional/Social: Durante um espaço significativo de tempo, desde o início do distúrbio, uma ou mais áreas principais de funcionamento como trabalho, relações interpessoais ou auto-cuidado encontram-se significativamente abaixo do nível atingido antes do início, ou quando o início ocorre na infância ou na adolescência; fracasso em atingir o nível esperado de desempenho interpessoal, acadêmico ou ocupacional).

C. Duração: Sinais contínuos do distúrbio persistem no mínimo durante seis meses. Este período de seis meses deve incluir pelo menos um mês com os sintomas que satisfazem o critério A, e podem incluir períodos prodrômicos e/ou residuais quando o critério A não é plenamente satisfeito. Durante esses períodos, os sinais do distúrbio podem ser manifestados por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no critério A presentes em uma forma atenuada (exemplo: a duração total dos períodos ativo e residual).

D. Distúrbio esquizoafetivo e Distúrbio de Humor com Características Psicóticas foram descartados devido a:

1. nenhum episódio significativo depressivo ou maníaco ocorreu simultaneamente com os sintomas da fase ativa; ou
2. se episódios de humor ocorreram durante o episódio psicótico, sua duração total foi breve em relação à duração do episódio psicótico (ou seja, à duração total dos períodos ativo e residual).

E. Exclusão de Substância/Condição clínica geral: O distúrbio não é devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ex., uma droga de abuso, uma medicação) ou uma condição clínica geral.

F. Relacionamento a um Distúrbio Global do Desenvolvimento: Se há uma história de Distúrbio Autístico ou um Distúrbio Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é estabelecido apenas se delírios ou alucinações proeminentes também encontram-se presentes durante pelo menos um mês (ou menos, caso o tratamento tenha êxito). [3]

5.2 Tratamento farmacológico em gestantes com esquizofrenia

- Como discutido na sessão Transtorno Bipolar, o tratamento com antipsicóticos de primeira ou segunda geração não está associado a maior taxa de malformações do que na população gestante em geral, incluindo o tratamento com Clozapina. Portanto, o tratamento farmacológico não deve ser descontinuado nessa população. [10]
- Deve-se atentar para o risco de síndrome de abstinência neonatal nos filhos de gestantes que fizeram uso crônico de antipsicóticos. [13]

Conclusão

A Psiquiatria Obstétrica é um tema negligenciado no Brasil, e pode ser notada pelas referências bibliográficas exclusivamente estrangeiras utilizadas neste trabalho. Durante a pesquisa, é possível notar que houve dificuldade investigativa pelo tamanho reduzido do espaço amostral de psicopatologias que não os transtornos de humor. A revisão literária neste trabalho aponta que cuidados adequados com a saúde mental materna são importantes para estabelecimento de vínculo saudável entre o binômio, além de prevenir desestabilizações e recaídas da psicopatologia de base, blues puerperal, depressão e psicose pós-parto. São Carlos é uma cidade com reconhecida dificuldade no acesso à Saúde Mental, situação que coloca a sua população gestante com psicopatologias em situação de vulnerabilidade.

Para a proteção da população gestante, é necessário incluir a investigação e cuidado de psicopatologias no pré-natal como forma de assegurar o cuidado longitudinal e planejamento pré-concepcional, evitando gestações não-planejadas e recaídas ou crises durante o período gravídico, além de treinamento aos prescritores para reconhecimento de situações em que o tratamento psicofarmacológico prévio deve ser continuado, descontinuado, ou substituído.

Deve-se descontinuar fármacos anticonvulsivantes, com exceção da lamotrigina. O uso de metilfenidato também é proscrito. Reafirma-se a necessidade e importância de continuar o tratamento com Lítio, limitando a sua dose máxima em até 900mg por dia. Os estudos usados neste trabalho mostram que antidepressivos SSRI, SNRI, e antipsicóticos devem ser mantidos durante a gestação. Frisa-se que nunca se deve realizar monoterapia com antidepressivos em gestantes com Transtorno Bipolar.

Neonatólogos devem estar preparados para a possibilidade de ocorrer Síndrome de Abstinência Neonatal em filhos de gestantes com exposição crônica a antipsicóticos no terceiro trimestre ou que fizeram uso prolongado de benzodiazepínicos.

Referências Bibliográficas

- [1] VESGA-LOPEZ, O. et al. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, v.v. 65, n. 7, p. 805-815, jul. 2008. Disponível em: tinyurl.com/4yf73mbv Acesso em: 25 nov. 2021.
- [2] OSBORNE, L. M. et al. Reproductive Psychiatry: The Gap Between Clinical Need and Education. *Am J Psychiatry*, v. 172, n. 10, p. 946-948, out. 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/yad2mv6s> Acesso em: 25 nov. 2021.
- [3] ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [4] RAY, S.; STOWE, Z. N. The use of antidepressant medication in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, v. 28, n. 1, p. 71-83, jan. 2014. Disponível em: <https://tinyurl.com/2p8ttjrb> Acesso em: 25 nov. 2021.
- [5] LARSEN, E. R. et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, n. 445, p. 1-28. 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/tdfzdb99> Acesso em: 25 nov. 2021.
- [6] YONKERS, K. A. et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 31, n.5, p. 403-413, 2019. Disponível em: <https://tinyurl.com/mr3r5e7p> Acesso em: 26 nov. 2021.
- [7] DELIGIANNIDIS, K. K.; BYATT, N.; FREEMAN, M. P. Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *J Clin Psychopharmacol*, v. 34, n. 2, p.244-255. Disponível em: <https://tinyurl.com/2p8dn53w> Acesso em: 26 nov. 2021.
- [8] HENDRICK, V. et al. Placental passage of antidepressants medications. *Am J Psychiatry*, v. 160, n. 5, p. 993-996. 2003. Disponível em: <https://tinyurl.com/2p8kjmft> Acesso em: 27 nov. 2021.
- [9] MARENCO, E. et al. Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder. *J Affect Disord*, v. 178, p. 201-205. Jun 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/2p8hj9mr> Acesso em: 27 nov. 2021.
- [10] WANG, Z. et al. Association Between Prenatal Exposure to Antipsychotics and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, Preterm Birth, and Small for Gestational Age. *JAMA Intern Med*, v. 181, n. 10, p. 1332. 2021. Disponível em: <https://tinyurl.com/3v953tmz> Acesso em: 27 nov. 2021.

[11] KAMEG, B. N; Bipolar disorder: Treatment strategies for women of childbearing age. *Perspect Psychiatr Care*, v. 57, n. 3, p. 1244. 2021.

Disponível em: <https://tinyurl.com/yc5t9f3p> Acesso em: 28 nov. 2021.

[12] NEWPORT, D. J. et al. Lamotrigine in bipolar disorder: efficacy during pregnancy. *Bipolar Disord.* v. 10, n. 3, p. 432. 2008.

Disponível em: <https://tinyurl.com/5danwpm2> Acesso em: 28 nov. 2021.

[13] FDA DRUG SAFETY COMMUNICATION: Antipsychotic drug labels updated on use during pregnancy and risk of abnormal muscle movements and withdrawal symptoms in newborns.

Disponível em: <https://tinyurl.com/2p89ca3r> Acesso em: 29 nov. 2021.

[14] KESSLER; R. C. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, v. 163, n. 4, p. 716. 2006.

Disponível em: <https://tinyurl.com/2p96f49n> Acesso em: 29 nov. 2021.

[15] HUYBRECHTS; K. F. et al. Association Between Methylphenidate and Amphetamine Use in Pregnancy and Risk of Congenital Malformations: A Cohort Study From the International Pregnancy Safety Study Consortium. *JAMA Psychiatry*, v. 75, n. 2, p. 167. 2018.

Disponível em: <https://tinyurl.com/4rz4x7uh> Acesso em: 01 dez. 2021.

[16] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE clinical guideline 192. Dez. 2014.

Disponível em: <https://tinyurl.com/3mw98j59> Acesso em: 01 dez. 2021.