



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE MENTAL DE
GESTANTES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
TERESINA-PI**

BÁRBARA HAMEDY CARVALHO QUEIROZ ARAGÃO

**Teresina
2023**

BÁRBARA HAMEDY CARVALHO QUEIROZ ARAGÃO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE MENTAL DE
GESTANTES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
TERESINA-PI**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher (PPGSM) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

Orientadora: Prof^a Dr Rosimeire
Ferreira dos Santos

Teresina

2023

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Divisão de Representação da Informação

A659a Aragão, Bárbara Hamedy Carvalho Queiroz.
Avaliação da assistência médica à saúde mental de gestantes
acompanhadas na atenção primária à saúde de Teresina-PI / Bárbara Hamedy
Carvalho Queiroz Aragão. -- 2023.
87 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação
em Saúde da Mulher, 2023.
“Orientadora: Profª Dr Rosimeire Ferreira dos Santos”

1. Saúde mental. 2. Gravidez. 3. Psicotrópicos. 4. Educação Médica. I.
Santos, Rosimeire Ferreira dos. II. Título.

CDD 614.4

BÁRBARA HAMEDY CARVALHO QUEIROZ ARAGÃO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE MENTAL DE
GESTANTES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
TERESINA-PI**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher (PPGSM) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

Área de concentração: Saúde da mulher
Orientadora: Professora Doutora Rosimeire Ferreira dos Santos

Aprovado em: ____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Rosimeire Ferreira dos Santos
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca

Professora Doutora Natália Pereira Marinelli
Universidade Federal do Piauí
Avaliador Interno

Professora Doutora Cíntia Maria De Melo Mendes
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Avaliador Externo ao Programa

Dedico este trabalho aos meus amados filhos, Heloísa e João Otávio, expressão diária de amor e combustível para o futuro; ao meu marido, Raphaell, pelo apoio e incentivo constantes; e a todos que tornaram possível a sua realização e conclusão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força e perseverança ao longo desta jornada. Sua graça e bondade me sustentaram nos momentos mais difíceis.

À querida Professora Rosimeire Ferreira, minha orientadora, por conduzir este trabalho com tamanho incentivo. Muito obrigada pelas valiosas orientações e ensinamentos.

Ao querido marido e grande incentivador Raphaell, obrigada por ser meu refúgio e por nunca me deixar fraquejar nessa trajetória.

Meus sinceros agradecimentos, ainda, à amiga Cacilda, que sempre esteve disposta a trocar ideias e transmitir conhecimento científico notório.

Aos estimados membros da banca pela disponibilidade e atenção, que muito contribuíram diretamente para a realização desta pesquisa.

Aos demais professores e funcionários do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, pelo conhecimento transmitido.

Por fim, expresso minha gratidão à Fundação Municipal de Saúde de Teresina por me permitir a realização dessa prestação de serviço à comunidade.

RESUMO

Introdução: O adoecimento psíquico e o cuidado em saúde mental na gestação, merecem devida atenção, sobretudo em pacientes que já possuem acompanhamento psiquiátrico prévio a gestação. A discussão e a decisão acerca do tratamento psiquiátrico deve envolver uma boa relação médico-paciente e uma capacitação da equipe multiprofissional de pré-natal para atender essas demandas. **Objetivo:** Avaliar a assistência em saúde mental de gestantes prestada por médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de Teresina-PI bem como propor um produto para Mestrado Profissional visando educação médica continuada. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal e quantitativo. Coletou-se os dados por meio de um formulário eletrônico sobre perfil social e profissional, além de questões relacionadas ao atendimento as gestantes com transtorno mental e/ou em uso de psicofármacos respondidas por médicos com vínculos ativos na APS do município, que realizam o atendimento de pré-natal de mulheres na de Estratégia Saúde da Família (ESF). **Resultados:** Dos 61 entrevistados, foi encontrado um predomínio do sexo feminino (82%), com idade média de 38 anos. A maioria (62,3%) respondeu que possui especialização ou residência médicas concluídas, o tempo médio de formação médica foi de 11 anos e 44,3% dos médicos exerciam atividade acadêmica. Em relação ao atendimento clínico, a maioria referiu dar início a um pré-natal, quando se descobriu grávida, esta mulher estava em uso de medicação. Dos entrevistados, 83,6% apresentaram dúvidas de como orientar alguma gestante sobre a manutenção ou interrupção do uso de psicofármacos que ela estava usando. Quanto à leitura ou acesso a material científico de atualização sobre medicações psiquiátricas na gravidez, 65,6% dos entrevistados responderam que não lêem ou acessam material sobre o tema. Quanto à avaliação do grupo de medicamentos considerados potencialmente mais arriscados para ser utilizado durante a gestação os resultados mostraram que 45,9% dos médicos responderam que consideram os benzodiazepínicos. Dos participantes, 70,5% responderam que não se sentem à vontade e sempre encaminham a gestante ao especialista, 90,2 % responderam que encontram dificuldades de encaminhamento das gestantes ao médico psiquiatra e a principal dificuldade em relação às gestantes foi considerada o manejo medicamentoso (68,9%). **Conclusão:** Na percepção e vivência clínica dos médicos entrevistados, observou-se que se deparam com frequência no atendimento pré-natal de gestantes com transtornos mentais e/ ou em uso de medicamentos psiquiátricos. No entanto, o atendimento médico dessas gestantes implica em dificuldades nesse manejo clínico na APS. É extremamente importante propor melhorias na educação médica.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Gravidez. Psicotrópicos. Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Psychic illness and mental health care during pregnancy deserve due attention, especially in patients who already have psychiatric follow-up prior to pregnancy. The discussion and decision about psychiatric treatment should involve a good doctor-patient relationship and training of the multidisciplinary prenatal team to meet the demands of this group of patients. **Objective:** To evaluate the mental health care of pregnant women provided by Primary Care physicians in Teresina-PI and to propose a product for a Professional Master's Degree aimed at continuing medical education. **Methods:** A cross-sectional and quantitative study was carried out. Data were collected through an electronic form on the social and professional profile, in addition to questions related to the care of pregnant women with mental disorders and/or using medication, answered by physicians with active links in the AB of the municipality, who perform the care of prenatal care for women through the family health strategy program. **Results:** Of the 61 interviewees, there was a predominance of females, with an average age of 38 years. The majority (62.3%) answered that they had concluded medical specialization or residency, the average time of medical training was 11 years and 44.3% of the doctors carried out academic activities. With regard to clinical care, most reported starting prenatal care when they discovered they were pregnant, and this woman was taking medication. Of the interviewees, 83.6% had doubts about how to guide a pregnant woman about maintaining or discontinuing the use of psychotropic drugs that she was using. As for reading or accessing up-to-date scientific material on psychiatric medications during pregnancy, 65.6% of respondents responded that they did not read or access material on the subject. As for the evaluation of the group of drugs considered potentially more risky to be used during pregnancy, the results showed that 45.9% of physicians responded that they considered benzodiazepines. Of the participants, 70.5% responded that they do not feel comfortable and always refer the pregnant woman to a specialist, 90.2% responded that they find it difficult to refer pregnant women to a psychiatrist and the main difficulty in relation to pregnant women was considered drug management (68.9%). **Conclusion:** There is a significant prevalence of pregnant women with mental disorders and/or using psychiatric medication in the perception and clinical experience of the physicians interviewed. However, the medical care of these pregnant women implies difficulties in this clinical management. It is extremely important to propose improvements in medical education.

Key-words: Mental Health. Pregnancy. Psycotropics. Education Medical.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

AMB- Associação Médica Brasileira

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

ESF- Estratégia Saúde da Família

FDA- *Food and Drug Administration*

FMS - Fundação Municipal de Saúde

ISRS- Inibidores seletivos da receptação da serotonina

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UFPI - Universidade Federal do Piauí

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Caracterização do perfil social e profissional de médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022..... 24

Tabela 02: Caracterização das questões relacionadas ao atendimento as gestantes com transtorno mental e/ou em usos de medicamentos respondidas por médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022..... 25

Tabela 03: Associação entre o perfil social de profissional e as questões relacionadas ao atendimento as gestantes com transtorno mental e/ou em usos de medicamentos os médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI 2022.....29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Caracterização das especializações de médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF. Teresina-PI-2022.25

Gráfico 02: Percepção dos médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF sobre os fatores que dificuldade em relação às gestantes com transtorno mental. Teresina-PI-202227

Gráfico 03: Percepção dos médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF sobre os fatores que dificuldade em relação às gestantes com transtorno mental. Teresina-PI-2022.....28

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
2.OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2. Objetivos específicos.....	14
3.REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.METODOLOGIA.....	20
4.1 Metodologia de levantamento bibliográfico.....	21
4.2. Tipo de estudo.....	20
4.3 Amostra e local de estudo.....	20
4.4. Critérios de inclusão.....	20
4.5 Critérios de exclusão.....	20
4.6 Coleta de dados e Instrumento de pesquisa	221
4.7. Aspectos éticos	23
4.8 Análise de dados.....	23
4.9 Riscos e Benefícios.....	23
4.10. Critérios para suspensão da pesquisa.....	23
5.RESULTADOS.....	24
6.DISSCUSSÃO	30
7.CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	41
APENDICE A	46
APÊNDICE B.....	47
APÊNDICE C	50
APÊNDICE D.....	52
APÊNDICE E.....	52
ANEXO 1.....	79
ANEXO 2	80
ANEXO 3.....	81

1. INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase da vida da mulher que precisa ser avaliada com especial atenção, por englobar inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, as quais podem refletir diretamente em sua saúde mental (LIMA *et al.*, 2017); a gestação e o puerpério, nesse sentido, são considerados fatores de risco ao desenvolvimento de problemas de saúde mental ou à sua exacerbação, antes e depois do parto (COSTA *et al.*, 2018).

Com efeito, dados internacionais revelam que 25% das gestantes vivenciam alterações de saúde mental com sintomas ansiosos ou depressivos, e 70% das que apresentam depressão pré-natal permanecem em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos, caso não recebam orientação e apoio especializados (LUCCI *et al.*, 2016).

Não obstante, os limites entre as alterações normais (fisiológicas) e as modificações de caráter patológico, incluindo as psiquiátricas, podem ser tênues, ao ponto de gerarem dúvidas importantes no manejo clínico por parte da equipe de assistência à gestante, incluindo os profissionais da atenção primária em saúde. Em outras palavras, a percepção e o manejo dos sintomas psiquiátricos na gestação não têm recebido a devida conduta dos profissionais médicos que atendem na fase de pré-natal, por inúmeros motivos a serem avaliados, o que torna a questão preocupante, notadamente porque pode haver consequências negativas, tanto para a mãe, como para o bebê (LUCCI *et al.*, 2016).

Bem por isso, o tema vem recebendo especial destaque, e estudos realizados nos últimos anos têm procurado mapear os fatores de risco para os transtornos psiquiátricos nessa fase, permitindo, com isso, melhores diagnóstico e tratamento (CAMACHO *et al.*, 2016).

De igual modo, o Ministério da Saúde (MS) frisa a necessidade de se conceder à mulher gestante assistência integral, disponibilizando a ela e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, com fortalecimento do vínculo materno-infantil. Ou seja, devem ser atendidas as reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-

científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2012).

Diante do quadro descrito de relevância dos transtornos mentais no período gestacional e da importante figura do profissional de assistência a mulher, no papel de orientar, acolher e atender integralmente a saúde da gestante, busca-se avaliar a assistência médica no âmbito da Atenção de Saúde mental às gestantes no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Teresina/ PI.

Dessa forma, será realizado o levantamento de dados e informações a respeito da assistência médica prestada à saúde mental dessas gestantes nas UBS do município. Com esse mapeamento, será disponibilizado um material digital (*ebook*) de caráter informativo científico contendo os principais tópicos na temática com o intuito de promover educação permanente a estes profissionais, auxiliando na orientação, conduta médica e manejo clínico adequado dos casos de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de psicofármacos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a assistência em saúde mental de gestantes prestada por médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de Teresina-PI bem como propor um material didático e expositivo sobre o tema como produto para Mestrado Profissional visando educação médica continuada.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar entrevistas estruturadas via questionário eletrônico com os médicos da APS de Teresina-PI;
- Identificar o perfil profissional dos entrevistados;
- Avaliar a vivência na prática clínica e percepção dos médicos sobre o atendimento pré-natal de gestantes com transtornos mentais e/ou uso de psicofármacos;
- Detectar as principais dificuldades no acompanhamento pré-natal de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de medicações psicofármacos;

3. REVISÃO DA LITERATURA

Estudos recentes revelaram que transtornos psiquiátricos são subdiagnosticados e, se não tratados em gestantes, podem levar a graves consequências materno-fetais, até mesmo durante o trabalho de parto. Os desfechos nas gestações de mulheres com transtornos psiquiátricos têm sido objeto de diversos estudos e mostram um aumento de complicações obstétricas em geral, bem como mortalidade perinatal entre seus recém-nascidos (FISCHER, 2012).

Nessa linha, alguns pesquisadores associaram depressão e ansiedade pré-natal a nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, necessidade de indicação de parto cirúrgico e cuidados intensivos neonatais. Ainda, há indicativos de impacto da depressão materna além da infância, uma vez que um terço das crianças em idade escolar de mães deprimidas sofre de transtornos depressivos, ansiosos ou disruptivos (BORBA, 2012).

Estes são os fatores que podem aumentar o risco de doenças psiquiátricas na gestação: história psiquiátrica prévia (individual ou familiar), questões socioeconômicas (como falta de suporte social e familiar, além de ausência de parceiro), gravidez não planejada, multiparidade, violência doméstica, e o uso de álcool e outras substâncias. Portanto, a avaliação psicossocial e os sintomas de risco no caso merecem relevante atenção, com a finalidade de estabelecer a melhor estratégia de abordagem para cada situação, da maneira o mais precoce possível (CAMACHO *et al.*, 2016).

Destaque-se que, nos últimos anos, houve um aumento no desenvolvimento de métodos científicos, além de muitas publicações de artigos, na área de saúde mental perinatal. Pesquisas identificaram prevalência de depressão no período gestacional de aproximadamente 7% a 15%, e ansiedade em torno de 20%. Ademais, esses quadros, quando não tratados durante a gravidez, aumentam o risco de exposição a tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição e da dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal, diminuindo a frequência às consultas, fator que tem sido associado ao risco de mortalidade neonatal (ARAUJO *et al.*, 2010).

Se não bastasse, o diagnóstico psiquiátrico na gestação, frequentemente, é negligenciado, e há poucas pesquisas que procuram

identificar alterações psicológicas durante a gravidez e os respectivos desfechos obstétricos; em pesquisa relevante, com amostra homogênea de gestantes no sistema público de saúde de uma grande cidade do Brasil, com cerca de 831 gestantes atendidas por pré-natal, foi apontado que 21% das participantes apresentaram episódio depressivo na gravidez. Dessa forma, ressalta-se a importância do papel do profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde no diagnóstico precoce e na adoção de medidas terapêuticas (FAISAL-CURY *et al*, 2009).

Nesse aspecto, convém registrar que a prescrição médica na gravidez é um tópico controverso entre os profissionais da área de saúde e as próprias pacientes. Isso porque, dentre outros fatores, as grávidas percebem os riscos teratogênicos do uso de drogas como irrealisticamente altos e esta percepção errônea do risco teratogênico é frequentemente compartilhada por profissionais de saúde (WIDNES, 2013).

Do ponto de vista histórico, é preciso lembrar que, em 1979, em resposta aos trágicos efeitos da talidomida durante a década de 1960, a *Food and Drug Administration* (FDA), agência governamental dos Estados Unidos da América, elaborou a categorização de drogas (medicamentos, em geral) no período gestacional, dividindo-as em categorias A, B, C, D e X (APÊNDICE A); essa categorização é baseada no nível de evidência para a segurança em estudos animais e humanos. No entanto, o mito do risco crescente de danos e a falha na comunicação fizeram o FDA lançar, em 2015, uma nova classificação, a “*Pregnancy and Lactation Labeling Rule*” (ROCHA *et al.*, 2015).

Nela, as categorias são substituídas por um resumo dos riscos perinatais do medicamento, pela discussão das evidências pertinentes e por uma síntese dos dados mais relevantes para a tomada de decisões na prescrição, visando facilitar o processo de prescrição por meio do oferecimento de um conjunto de informações consistentes e bem estruturadas a respeito do uso de medicamentos nos períodos da gravidez e lactação. Ademais, pretende-se aperfeiçoar continuamente o conteúdo da estrutura das novas bulas dos medicamentos, para prover informações que sejam efetivamente úteis ao médico e aos seus pacientes (ROCHA *et al.*, 2015).

Além disso, o manejo medicamentoso na gravidez, de um modo geral, exige especial atenção por vários riscos importantes a serem

considerados pelo médico: teratogênese, abortamentos espontâneos, complicações neonatais (toxicidade neonatal), mudanças metabólicas dos fármacos ao longo da gravidez, além de possíveis efeitos sobre o neurodesenvolvimento. Embora as mulheres sejam frequentemente aconselhadas a não tomar nenhum medicamento durante a gravidez, a exposição pode ser inadvertida, já que metade de todas as gestações não é planejada, ou pode ser inevitável em mulheres que requerem tratamento para doenças crônicas, doenças agudas ou condições relacionadas à gravidez (OSORIO-DE-CASTRO *et al*, 2004).

Em verdade, as próprias mulheres grávidas são preocupadas com a segurança do uso de medicamentos na gravidez, e uma proporção significativa superestima o risco. Com efeito, de acordo com estudo produzido por meio de uma análise retrospectiva conduzida em oito anos de ligações relacionadas à gravidez para um *call center* nacional de medicamentos da Austrália, a medicação psicotrópica foi forte motivador para buscar informações durante a pré-concepção e no período gestacional (PIJPERS *et al.*, 2017).

Somado a tal quadro, é de se perceber que os médicos da estratégia saúde da família costumam ser os primeiros profissionais de saúde a quem as mulheres procuram para confirmar o diagnóstico de gravidez; os profissionais desse atendimento, sobretudo os médicos que irão fazer a assistência aos cuidados de pré-natal, devem tomar muito cuidado na interpretação de resultados dos estudos e devem priorizar os de maior evidência científica. Em relação aos medicamentos psiquiátricos, essa informação negativa por parte da equipe médica é ainda mais crítica. Isso porque médicos especialistas não psiquiatras costumam superestimar o risco reprodutivo relacionado a tal classe de medicamentos (CANTILINO *et al.*, 2014).

Bem por isso, os profissionais de saúde que atendem mulheres com doença psiquiátrica no menacme (período compreendido entre a primeira menstruação e a menopausa, portanto consideradas férteis) devem discutir a indicação clínica dos psicofármacos durante a gravidez e, ainda, como eles devem ser administrados em tal período; entre as mulheres que engravidaram em 2015 nos EUA (incluindo mulheres atualmente grávidas e no pós-parto), 25,3% atenderiam aos critérios para um transtorno psiquiátrico (CHISOLM; PAYNE, 2016).

Convém destacar que ainda há poucos estudos na literatura que correlacionam a prática médica com o uso de medicações psicotrópicas na gravidez. Um deles, realizado com amostra de dois países da América Latina, avaliou a percepção de risco do uso de psicofármacos na gravidez entre médicos de diferentes especialidades, obtendo como resultado a percepção de que o risco associado foi superestimado, tendo sido atribuído um alto potencial teratogênico para várias classes de medicações psiquiátricas (CANTILINO *et al.*, 2014).

De todo modo, apesar do progresso das pesquisas na área de psicofarmacologia no período perinatal, não há respostas definitivas para diversas questões – ao contrário, muitos estudos ainda são insuficientes ou inconclusivos, daí o motivo pelo qual é muito difícil sustentar cientificamente a perfeita segurança de qualquer substância durante o período gestacional. Consequentemente, complexos dilemas clínicos, éticos e legais se apresentam e exigem do profissional médico uma conduta individualizada (EINARSON; DAVIS, 2015).

De maneira específica, as práticas dos médicos de atenção primária em relação à prescrição de psicofármacos durante a gravidez foi tema de relevante pesquisa realizada em um grupo de clínicos gerais australianos e médicos de família canadenses selecionados. Na ocasião, foram coletadas respostas de um cenário hipotético e foram elaboradas perguntas acerca de crenças sobre o uso de medicamentos antidepressivos durante a gravidez. Os médicos de ambos os países, de acordo com as respostas, acreditavam fortemente que o uso de antidepressivos durante a gravidez era uma decisão complicada por relatos conflitantes de segurança e risco. Além disso, a maioria da amostra pesquisada não se sentia confortável em dar informações médicas sobre o uso de antidepressivos no período gestacional (BILSZTA *et al.*, 2011).

Acrescenta-se que no Brasil, através de disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Apoiada na portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um modelo de rede de serviços integrada, articulada e efetiva (BRASIL, 2011).

A RAPS aponta para a concepção de um cuidado em saúde mental múltiplo, o que requer várias articulações envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de assegurar o suporte necessário ao indivíduo no seu território, é constituída por 07 eixos de atenção: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Atualmente, a articulação entre a Política de saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado e existe a real necessidade de refletir sobre as questões de saúde mental na dinâmica das equipes de saúde. Para tanto, a capacitação contínua do profissional é necessária, pois ele é de suma importância para as práticas de saúde, especialmente quando se leva em conta que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é bastante frequente. Grande parte dos usuários do SUS de forma geral, com transtornos mentais leves ou graves está sendo atendida pelas equipes de atenção básica, principalmente nos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é possível a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (COIMBRA *et. al.*, 2007).

No Piauí, a implementação da RAPS permitiu, pela primeira vez, o estabelecimento da produção de um fluxo para atenção às gestantes com transtorno mental, pactuado com a Rede Cegonha em Teresina, com a institucionalização de 8 leitos na Maternidade Dona Evangelina Rosa, inaugurados em 2017. O acolhimento e captação da gestante com transtorno mental em Teresina ficou assim estabelecido e inclui o pré-natal na Estratégia Saúde da Família realizado na UBS, além do CAPS-AD tipo II (Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas) e Consultório na Rua (PIAUI, 2017).

4. METODOLOGIA

4.1 Metodologia de levantamento bibliográfico

O levantamento bibliográfico para a pesquisa foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura disponível nas principais bases de dados (PUBMED/MEDLINE e BVS/Bireme, Scielo, Google acadêmico) no período de 2021 a 2023. Foram utilizados artigos de revisão, de revisão sistemática e metanálises de livre acesso, utilizando descritores do banco de dados Decs com as seguintes associações relevantes: (*“Mental Health” AND “Pregnancy” AND “Psycotropics” AND “Education, Medical”*).

4.2. Tipo de estudo

Consistiu em um estudo transversal com abordagem quantitativa analítico-descritivo.

4.3 Amostra e local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, localizado na região nordeste do Brasil. A população censitária foi constituída pelos 263 médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde de Teresina-PI no ano de 2022, que realizam o atendimento de pré-natal de mulheres na Estratégia Saúde da Família (ESF). O município possui 91 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 245 ESF zona urbana e 18 ESF zona rural.

4.4. Critérios de inclusão

Foram incluídos:

- Os formulários respondidos por profissionais médicos com vínculos ativos que atuem na APS em Teresina- PI que enviaram os dados no período de fevereiro de 2022 a junho de 2022.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos:

- Profissionais que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE);

- Profissionais cujos dados enviados pelo formulário sejam insuficientes ou incompletos;

4.6 Coleta de dados e Instrumento de pesquisa

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2022, por meio de questionário eletrônico auto aplicado, hospedado na plataforma *Google Forms*® (Mountain View, CA, USA: Google LLC). Os médicos foram convidados a participar através de meios remotos de comunicação. Foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como sobre a garantia do sigilo de suas respostas.

Em seguida, foi enviado um *link* via aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*®) em que o participante foi direcionado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e ao questionário da pesquisa, no âmbito dos quais foram explicados os objetivos da investigação, bem como ficou esclarecida a voluntariedade na participação da pesquisa e a garantia de sua privacidade. Por meio deste sistema, as respostas foram submetidas automaticamente ao pesquisador.

O instrumento de coletas de dados foi elaborado com base na literatura e foi de autoria dos pesquisadores. O questionário contém 16 (dezesseis) questões e consta de duas partes. Na primeira parte, foi levantado o perfil dos profissionais médicos que atendem em pré-natal na APS. Na segunda parte, foram realizadas indagações sobre o atendimento de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de medicações psiquiátricas na prática clínica do profissional, levantando-se as dificuldades na condução de casos dentro da temática (APÊNDICE C).

As respostas colhidas pelo questionário proposto serviram de base para a compreensão da realidade da assistência médica prestada a gestantes. As variáveis analisadas foram estas: gênero, idade, especialidade médica, atuação em docência, leituras e cursos de atualizações sobre o tema e o tempo de atuação na atenção básica, além de levantamentos sobre a percepção de teratogenicidade por estes profissionais.

Foi realizado um estudo piloto, com cinco médicos voluntários e não envolvidos no estudo principal, com o objetivo de fazer os ajustes necessários

no questionário e padronizar a abordagem dos participantes da pesquisa. Não houve dúvidas e nenhuma questão necessitou ser ajustada.

4.7. Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa cumpriu, ainda, todas as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob parecer nº 3.152.283.

Para realização deste estudo, também foi solicitada autorização à comissão específica da FMS (Fundação Municipal de Saúde) de Teresina- PI. O então projeto de pesquisa foi enviado por meio de endereço eletrônico, tendo sido, em seguida, aprovado. Além disso, foi autorizado o acesso aos profissionais médicos do serviço de APS da capital, para a realização das entrevistas àqueles vinculados às UBS. Não houve ônus para a FMS e/ou profissionais, bem como foi assegurado o sigilo das informações coletadas.

Também houve a Carta de Anuência (APÊNDICE D), que foi assinada pela coordenação da gestão da APS do município.

Este estudo foi iniciado após a apreciação e aprovação nas referidas comissões citadas anteriormente (ANEXO 1, ANEXO 2).

4.8 Análise de dados

As respostas ao questionário foram inicialmente tabuladas pela própria plataforma *Google Forms* usando o Microsoft Excel. Após, os dados foram transferidos para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS® para Windows, versão 20.0, Armonk, NY, USA: IBM Corp.). Foi realizada estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis e Teste Exato de Fisher, ao nível de 5% e intervalos de confiança (IC 95%).

4.9 Riscos e Benefícios

Os riscos desta pesquisa foram mínimos, como os possíveis riscos de constrangimento dos participantes, o que foi contornado com a autoaplicação do instrumento de coleta de dados. Além disso, foi assegurado o respeito à dignidade humana, ao anonimato e à autonomia dos participantes, assim como

ao sigilo das informações coletadas. Ressalta-se, ainda, que este tipo de estudo não ocasionou qualquer tipo de dano, seja patrimonial, moral ou estético.

Como benefícios, o projeto identificou a percepção e a vivência dos médicos na assistência pré-natal de baixo risco de gestantes com transtornos mentais feita no município da pesquisa no período estudado. Além disso, foram detectadas as principais dificuldades dos profissionais participantes no manejo diagnóstico e terapêutico na gestação e puerpério de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de psicofármacos.

Os dados colhidos servirão de base para a criação de um material didático por meio de um vídeo expositivo sobre tema, contemplando os principais achados da pesquisa, no qual os médicos da APS, bem como os demais profissionais de saúde da ESF, serão contemplados com uma atualização teórica sobre o atendimento pré-natal de mulheres com transtornos mentais e/ou em uso de psicofármacos. A pesquisa, nesse contexto, contribuiu ainda para uma saúde coletiva eficiente, integral e pela melhoria da qualidade de vida da população assistida.

4.10 Critérios para suspensão da pesquisa

A pesquisa não necessitou de suspensão. Com efeito, foram realizadas inúmeras incursões no sentido de obter o máximo de retorno possível dos profissionais médicos vinculados à FMS. Após a amostra obtida, as pesquisadoras, levando em conta o trabalho de levantamento já realizado, entenderam pela suficiência dos dados colhidos, indicando-se o prosseguimento do trabalho, com a análise das respostas do questionário.

Registre-se que o arquivo eletrônico contendo as fichas com os dados colhidos nos prontuários protegidos por senha em diretório oculto, bem como todas os outros arquivos de segurança, não foram danificados ou perdidos.

5. RESULTADOS

Dos 263 médicos da FMS que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Teresina-PI, 175 profissionais (66,5%) foram convidados a participarem desta pesquisa e o número de questionários considerados válidos foi 61(34,8%).

A caracterização do perfil social e profissional de médicos com vínculos ativos na APS e que realizam o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF em Teresina – PI do encontra-se descrita na Tabela 1.

Parte I- Análise Descritiva Exploratória

Tabela 01- Caracterização do perfil social e profissional de médicos com vínculos ativos na Atenção Primária a Saúde que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022.

	N (%)	IC-95% ¹	Média (IC-95%) ₂	Dp
Perfil Social				
Sexo				
Masculino	11(18,0)	(10,0-29,0)		
Feminino	50(82,0)	(71,0-90,0)		
Faixa Etária				
20-59 anos	56(93,3)	(84,9-97,7)	38,83 (35,83-41,83)	11,61
≥60 anos	4(6,7)	(2,3-15,1)		
Perfil Profissional				
Tempo de graduação em Medicina (em anos completos)			11,96 (9,12-14,80)	11,10
Você possui especialização/ residência médica?				
Não	23(37,7)	(26,3-50,2)		
Sim	38(62,3)	(49,8-73,7)		
Você exerce alguma atividade acadêmica (voluntária ou remunerada)?				
Não	34(55,7)	(43,2-67,7)		
Sim	27(44,3)	(32,3-56,8)		

Fonte: Autor

¹IC-95%- Intervalo de Confiança para a proporção, ao nível de 5%.

²IC-95%- Intervalo de Confiança para média, ao nível de 5%.

Dp -Desvio Padrão

Em avaliação do perfil social e profissional dos médicos entrevistados, evidenciou-se um predomínio do sexo feminino (82,0%), com faixa etária de 20-59 anos (93,3%), idade média de 38,83 anos e dispersão de 1,61 anos (Tabela 01).

Os participantes da pesquisa em relação ao perfil profissional apresentaram em média 11,96 anos de formados, 62,3% responderam que possuem especialização ou residência médicas concluídas (Gráfico 01).

Gráfico 01- Caracterização das especializações de médicos com vínculos ativos na Atenção Primária à Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022.N:38¹.



Fonte: Autor

Nota¹: Somente foi contabilizado os participantes que afirmaram apresentar especialização/residência .

Foi observado que 44,3% da amostra entrevistada exerceram atividade acadêmica (foram atribuídas no questionário tanto atividade voluntária ou quanto remunerada) durante o período estudado (Tabela 01).

A parte II do questionário avaliativo corresponde à caracterização das questões relacionadas ao atendimento às gestantes com transtorno mental e/ou em uso de medicamentos respondidas por médicos com vínculos ativos na APS, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF em Teresina-PI no período de fevereiro a junho 2022 encontra-se demonstrada na Tabela 02.

Tabela 02- Caracterização das questões relacionadas ao atendimento as gestantes com transtorno mental e/ou em usos de medicamentos respondidas por médicos com vínculos ativos na Atenção Primária à Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022.

	N(%)	IC-95% ¹
Atendimento de gestantes com transtorno mental e/ou uso de psicofármacos		
Você exerceu atividade de acompanhamento pré-natal de baixo risco na sua UBS de atuação no último ano?		
Não	3(4,9)	(1,4-12,5)
Sim	58(95,1)	(87,5-98,6)
Você já iniciou o pré-natal de uma mulher que, quando se descobriu grávida, estava fazendo uso de medicação psiquiátrica?		
Não	13(21,3)	(12,5-32,8)
Sim	48(78,7)	(67,2-87,5)

Tabela 02- Caracterização das questões relacionadas ao atendimento as gestantes com transtorno mental e/ou em usos de medicamentos respondidas por médicos com vínculos ativos na Atenção Primária à Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022.

	N(%)	IC-95% ¹
Atendimento de gestantes com transtorno mental e/ou uso de psicofármacos		
Você já orientou alguma gestante a interromper o uso de medicação psiquiátrica tão logo esta descobriu que estava grávida?		
Não	31(50,8)	(38,5-63,1)
Sim	30(49,2)	(36,9-61,5)
Você teve dúvidas de como orientar alguma gestante sobre a manutenção ou interrupção do uso de psicofármacos que ela estava usando?		
Não	10(16,4)	(8,8-27,1)
Sim	51(83,6)	(72,9-91,2)
Você já precisou iniciar alguma medicação psiquiátrica para uma paciente gestante?		
Não	36(59,0)	(46,5-70,7)
Sim	25(41,0)	(29,3-53,5)
Você considera que, na gravidez, as medicações psiquiátricas são mais prejudiciais ao feto que outras classes de remédios?		
Não	31(50,8)	(38,5-63,1)
Sim	30(49,2)	(36,9-61,5)
Você costuma ler artigos ou materiais científicos sobre medicações psiquiátricas na gravidez?		
Não	40(65,6)	(53,1-76,6)
Sim	21(34,4)	(23,4-46,9)
Qual grupo de medicamentos abaixo você considera potencialmente mais arriscado para ser utilizado durante a gestação?		
Anticonvulsivantes	12(19,7)	(11,2-30,9)
Antidepressivos	3(4,9)	(1,4-12,5)
Antipsicóticos	18(29,5)	(19,2-41,7)
Benzodiazepínicos	28(45,9)	(33,8-58,4)
Você se sente seguro para prescrever medicamentos psiquiátricos a grávidas?		
Às vezes me sinto à vontade, ocasião em que não encaminho ao psiquiatra.	17(27,9)	(17,8-40,0)
Não me sinto à vontade e sempre encaminho ao psiquiatra.	43(70,5)	(58,3-80,8)
Tenho segurança sempre e não faço nenhum encaminhamento.	1(1,6)	(0,2-7,4)
Baseado na sua prática na atenção básica, você sentiu dificuldade de encaminhamento médico psiquiátrico para pacientes gestantes?		
Não	6(9,8)	(4,2-19,2)
Sim	55(90,2)	(80,8-95,8)
Qual a sua principal dificuldade em relação às gestantes com transtornos mentais?		
Atenção psicossocial	9(14,8)	(7,6-25,2)
Diagnóstico psiquiátrico	8(13,1)	(6,4-23,2)
Falta de apoio do sus	1(1,6)	(0,2-7,4)
Manejo medicamentoso	42(68,9)	(56,6-79,4)
Orientações aos familiares	1(1,6)	(0,2-7,4)

Fonte: Autor

¹IC-95%- Intervalo de Confiança para a proporção, ao nível de 5%.

Em relação ao exercício de atividade de acompanhamento pré-natal no último ano, 58 participantes (95.1%) afirmaram que sim e destes 78.7% referiram darem início a um pré-natal, quando se descobriu grávida, esta mulher estava em uso de medicação psiquiátrica.

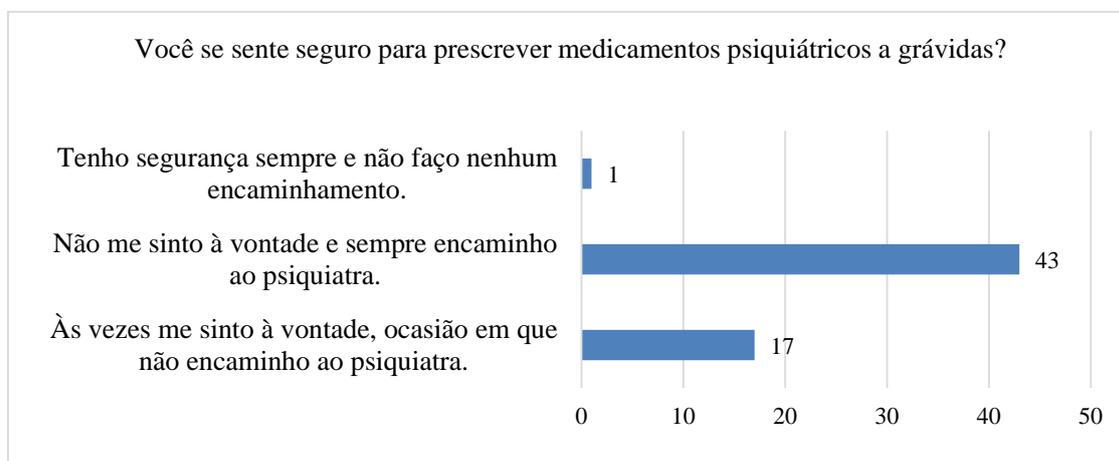
Dos entrevistados, 50,8% assinalaram que não orientaram a interrupção do uso da medicação psiquiátrica tão logo a paciente se descobriu grávida; acrescenta-se que 83,6% dos médicos apresentaram dúvidas de como orientar alguma gestante sobre a manutenção ou interrupção do uso de psicofármaco que ela estava usando.

Observou-se que 59,0% dos entrevistados responderam que não iniciaram medicações psiquiátricas para uma paciente gestante e que 50,8% da amostra estudada não considerou que, na gravidez, as medicações psiquiátricas são mais prejudiciais ao feto que outras classes de remédios.

O questionário mostrou que 65,6% dos entrevistados não leem ou acessam material científico de atualização sobre medicações psiquiátricas na gravidez.

A maioria dos médicos entrevistados (70,5%) respondeu que não se sente à vontade e sempre encaminha a gestante com transtorno mental e/ou uso de psicofármaco ao especialista; 27,9% consideram que às vezes se sentem à vontade e que não encaminham ao psiquiatra; e apenas 1,6% dos participantes mostram-se seguros sempre e não fazem nenhum encaminhamento (Gráfico 02).

Gráfico 02—Percepção dos médicos com vínculos ativos na Atenção Primária à Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF sobre a segurança na prescrição de medicamentos psiquiátricos na gravidez. Teresina-PI-2022.

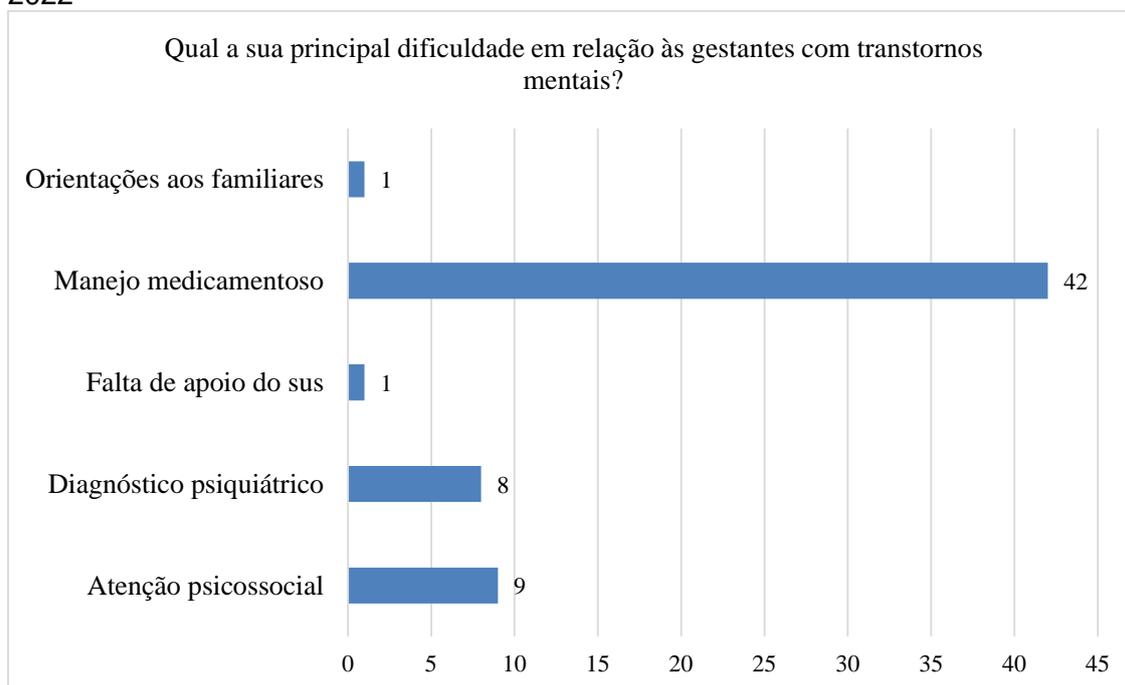


Fonte: Autor

No item questionado para avaliação do grupo de medicamentos dentre os citados, aqueles considerados potencialmente mais arriscados para serem utilizados durante a gestação, os resultados mostraram que 45,9% dos médicos responderam que consideram os benzodiazepínicos, 29,5% afirmaram ser o grupo dos antipsicóticos, 19,7% assinalou os anticonvulsivantes e apenas 4,9 % considerou os antidepressivos.

Da amostra estudada, 90,2 % responderam que encontram dificuldades de encaminhamento das gestantes ao médico psiquiatra. Acrescenta-se que a principal dificuldade em relação às gestantes com transtornos mentais foi avaliada e obteve-se como maior resposta para o item manejo medicamentoso (68,9%), seguido por atenção psicossocial (14,8%), diagnóstico psiquiátrico (13,1%), falta de apoio do SUS (1,6%) e orientações aos familiares (1,6%).

Gráfico 03—Percepção dos médicos com vínculos ativos na Atenção Primária à Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF sobre os fatores que dificuldade em relação às gestantes com transtorno mental. Teresina-PI-2022



Fonte: Autor

Na análise dos dados colhidos também foram realizadas associações entre os itens do questionário tanto na parte I quanto II, mas não foi evidenciada associação com significância estatística ($p > 0,05$) (Tabela 03).

Parte I- Análise Inferencial

Tabela 03- Associação entre o perfil social de profissional e as questões relacionadas ao atendimento as gestantes com transtorno mental e/ou em usos de medicamentos os médicos com vínculos ativos na Atenção Primária à Saúde, que realizem o atendimento de pré-natal de mulheres pelo programa de ESF.Teresina-PI-2022.

	Você já iniciou o pré-natal de uma mulher que, quando se descobriu grávida, estava fazendo uso de medicação psiquiátrica?		P-valor	Você já orientou alguma gestante a interromper o uso de medicação psiquiátrica tão logo esta descobriu que estava grávida?		P-valor
	Não	Sim		Não	Sim	
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Perfil Social						
Sexo			0,274			0,694
Masculino	1(7,7)	10(20,8)		5(16,1)	6(20,0)	
Feminino	12(92,3)	38(79,2)		26(83,9)	24(80,0)	
Faixa Etária			0,155			0,301
20-59 anos	11(84,6)	45(95,7)		27(90,0)	29(96,7)	
≥60 anos	2(15,4)	2(4,3)		3(10,0)	1(3,3)	
Perfil Profissional						
Você possui especialização/residência médica?			0,949			0,488
Não	5(38,5)	18(37,5)		13(41,9)	10(33,3)	
Sim	8(61,5)	30(62,5)		18(58,1)	20(66,7)	
Você exerce alguma atividade acadêmica (voluntária ou remunerada)? Exemplos: supervisão, preceptoria, ensino, pesquisa.			0,635			0,375
Não	8(61,5)	26(54,2)		19(61,3)	15(50,0)	
Sim	5(38,5)	22(45,8)		12(38,7)	15(50,0)	

Fonte: Autor

¹Teste Exato de Fisher, ao nível de 5%.

6. DISCUSSÃO

Este estudo surgiu da necessidade de se conhecer a percepção e a vivência dos médicos do atendimento a gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de substâncias psicoativas, nos serviços de atenção primária de Teresina/PI, correlacionando a assistência pré-natal de baixo risco com a saúde mental. Partiu-se do pressuposto, nesse sentido, de que tais médicos atendiam, rotineiramente, pacientes pertencentes a esse grupo. Ademais, considerou-se que não havia da parte de tais médicos a devida capacitação em sua formação médica tradicional para realizar essa espécie de atendimento. Também se tomou como ponto de partida a hipótese de que haveria dificuldades no manejo medicamentoso, diante de estigmas relacionados aos riscos da medicação, tanto da parte do médico, como da própria paciente.

Os participantes da pesquisa atuam na Atenção Primária de Saúde (APS), principal porta de entrada do indivíduo no sistema público, sendo responsável por atender a maioria dos problemas de saúde da população, dentre eles o adoecimento mental. Realmente, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, são competências da APS realizar o acolhimento e a estratificação de risco, ordenar o cuidado, articular a rede intra e intersetorial, realizar o cadastramento dos usuários e a criação de vínculo, responsabilizar-se pelos usuários adstritos, garantir o cuidado e a resolubilidade da atenção para os usuários de baixo e médio risco, compartilhar o cuidado com os CAPS dos usuários de alto risco, além de realizar atividades de educação em saúde e desenvolver atividades coletivas (BRASIL, 2017).

Nesta pesquisa, o levantamento do perfil profissional dos médicos observou-se que o tempo de graduação foi em torno de 12 anos, ou seja, estes médicos tiveram sua formação médica normatizada e estruturada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, que foram substituídos pelas DNC de 2014. Segundo as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a formação médica deve possuir caráter crítico, reflexivo, ético, humanista e transformador, a ser traduzido por meio da articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes nas áreas de competência da atenção, gestão e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Para concretização dessas habilidades demandadas pelas novas DNC, houve a inclusão do internato em Saúde Mental como atividade obrigatória dos cursos de medicina e, portanto a premissa básica é o profissional médico deva capacitado a assistir as pessoas com adoecimento mental deve compreender o sofrimento em suas dimensões culturais, sociais, econômicas, biológicas e psicológicas. Desse modo, o médico generalista dentro do contexto da APS, estaria apto a resolver as principais e mais frequentes queixas e situações da saúde mental, articulando com as diversas ferramentas do SUS, suas particularidades, potencialidades e fluxos (SOUZA, F. P. G. DE *et al.*, 2021).

Ocorre que, historicamente, a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada, e há inúmeros motivos justificadores desse quadro. Dentre eles, destacam-se a crença popular de que a gestação é um período de total bem-estar para as mulheres, e a ênfase inicial nos transtornos ocorridos apenas no período pós-parto. Não obstante, nota-se uma tendência de maior prevalência do adoecimento mental em mulheres que estão em idade fértil, previamente à gestação, ou mesmo no decorrer da gestação. E, como quase metade de todas as gestações não são intencionais, tornando assim a taxa de incidência de gravidez não planejada alta, muitas mulheres procuram seus profissionais de saúde de APS quando já estão grávidas e tomando algum tipo de medicamento, solicitando informações sobre a segurança de tais fármacos (FINER *et al.*, 2006).

Neste estudo, a maioria dos médicos referiram que já deram início a atendimentos de pré-natal em mulheres que faziam uso de medicação, quando se descobriram grávidas. O uso de medicamentos na gravidez é cada vez mais intenso, enquanto a prática médica volta-se para a incorporação do conceito de risco. Embora a tragédia da talidomida na década de 60 tenha marcado o início da reflexão sobre a ocorrência de efeitos adversos de medicamentos usados durante a gestação, as percepções dos prescritores, no âmbito da terapêutica medicamentosa na gravidez, ainda oscilam entre a certeza de que tudo é nocivo e a relativa crença de que tudo é seguro até que se prove o contrário (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2004).

Ainda, uma frequência considerável respondeu que orientou a interrupção do uso da medicação psiquiátrica tão logo a paciente se descobrija grávida.

Como uma justificativa para essa conduta, acredita-se que a escassez de grandes ensaios clínicos controlados e a maioria das informações sobre psicofármacos na gravidez é derivada de relatos de casos, estudos retrospectivos de caso-controle, alguns estudos de corte prospectivos. Somado a isto, levanta-se o questionamento da falsa percepção compartilhada por muitos não especialistas que as medicações psiquiátricas seriam mais prejudiciais ao feto que outros medicamentos (RENNÓ JR, 2012).

Contudo, apesar de estudos limitados por questões éticas no período gestacional, não significa desvalorizar os dados disponíveis na literatura médica. O acesso à informação científica foi avaliado nessa pesquisa, mostrando que a maioria dos entrevistados responderam que não leem ou acessam material científico de atualização sobre medicações psiquiátricas na gravidez. No contexto real dos sistemas de saúde, os profissionais frequentemente tomam decisões embasadas em sua experiência e formação, que podem ser cruciais para a evolução clínica do paciente. O processo de decisão clínica implica análise criteriosa e, no limite do possível, imparcial dos resultados de pesquisas científicas. O profissional de saúde deve, portanto, ser capaz de tomar decisões a respeito da aplicabilidade do conhecimento científico a um paciente individual ou a um dado cenário clínico, para orientar intervenções e buscar resultados eficientes e efetivos (FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J.A. DE; ALMEIDA-FILHO, N., 2021).

Destaca-se que prática baseada em evidência (PBE) é reconhecida como uma competência fundamental para os profissionais de saúde com o crescimento exponencial do conhecimento, trabalhos recentes têm discutido a importância da PBE e sua contribuição para mudanças na assistência prestada pelos profissionais de saúde ao paciente e seus familiares. Uma prática reflexiva baseada em conhecimentos científicos e em competências clínicas que promova a melhoria da qualidade da assistência, do atendimento e do cuidado (ALBARQOUNI L. *et al.*, 2018).

A maioria dos médicos assinalaram que não orientaram a interrupção do uso da medicação psiquiátrica tão logo a paciente se descobriu grávida. Este segundo grupo acredita de maneira consistente que na teoria mais difundida na última década, onde deve-se pesar os riscos e benefícios de tratar ou não uma

gestante no decorrer da gravidez, à medida que mais evidências se acumularam, acredita-se que a maioria das medicações psiquiátricas são relativamente seguras para uso na gravidez e que não usá-las quando indicadas para doenças psiquiátricas graves representa um risco para mãe e para o filho (RENNÓ JR, 2012).

Portanto, a decisão quanto ao uso de psicofármacos durante a gravidez deve ser embasada no conhecimento dos possíveis benefícios para a mãe e nas informações sobre os potenciais riscos para o concepto, e incluem teratogênese estrutural (malformações congênitas), teratogênese comportamental (sequelas neurocomportamentais em longo prazo) e toxicidade perinatal (sintomas de intoxicação ou de abstinência de medicações administradas próximas ao parto). (RENNÓ; RIBEIRO, 2012).

Foi encontrado que a maioria dos médicos apresentaram dúvidas de como orientar alguma gestante sobre a manutenção ou interrupção do uso de psicofármaco que ela estava usando. Sabe-se que a gravidez não protege a mulher dos transtornos psiquiátricos nem de possíveis recaídas de sintomas prévios. Não é raro acontecer de um médico de assistência em APS, por exemplo, deparar com uma paciente com histórico de depressão, em uso de antidepressivo e eutímica, quando recebe exame positivo de gravidez. Um estudo longitudinal com 32 mulheres nessa situação e que optaram por descontinuar a medicação mostrou que 75% delas tiveram recaídas durante a gravidez, mais comumente no primeiro trimestre e naquelas com história de depressão mais crônica (COHEN *et al.*, 2004).

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia reforça a importância do cuidado em Saúde mental na gestação, pois recomenda que os obstetras avaliem, pelo menos, uma vez ao longo do pré-natal sintomas de ansiedade e de depressão, e as mulheres com antecedentes de transtorno de humor perinatal deverão ser avaliadas mais vezes. Estes especialistas por recomendação americana, deverão estar preparados para iniciar o tratamento medicamentoso psiquiátrico e encaminhar quando necessário (KENDIG, S. *et al.*, 2017).

Os benzodiazepínicos possuem múltiplas indicações na prática psiquiátrica, entre as quais destacam-se os transtornos de ansiedade, sobretudo por terem muitas vezes o caráter crônico. Também são comumente usados por

mulheres em idade reprodutiva e, portanto, muitas mulheres grávidas são expostas a eles. O Brasil é o líder mundial em transtornos de ansiedade e, sendo assim, a APS é responsável por atender as demandas da população. Assim, a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos vêm deste ponto de atenção. A busca por um alívio rápido dos sintomas, muitas vezes incapacitantes, se faz através de receitas continuadas. Os pacientes tendem a buscar mensalmente suas receitas por muitos anos (AMB,2013).

Os benzodiazepínicos foram os considerados mais nocivos pelos entrevistados neste estudo, embora as informações disponíveis sobre o potencial risco teratogênico os considerem relativamente seguros para uso na gravidez. Uma meta-análise atualizada de sua segurança fetal sintetizou nove estudos com mais de um milhão de gestações, gerando uma razão de chance de 1,07 (95% CI 0,91 a 1,25). Embora os benzodiazepínicos não pareçam aumentar o risco teratogênico em geral, os casos-controle sugerem um risco duas vezes maior de fenda oral. (ENATO; MORETTI; KOREN, 2011).

Os benzodiazepínicos parecem estar associados ao aborto espontâneo, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Uma meta-análise de três estudos observacionais prospectivos incluiu aproximadamente 600 mulheres grávidas tratadas com benzodiazepínicos durante o primeiro trimestre e aproximadamente 600 gestações não expostas. (NICE, 2017).

Especial atenção deve ser dada aos efeitos de uso crônico de benzodiazepínicos como a toxicidade neonatal (síndrome de “bebê mole”, letargia, esforço respiratório e dificuldades para se alimentar, ocorre logo após o nascimento) e a possibilidade de síndrome de abstinência caracterizada por inquietude, hipertonia, hiperreflexia, tremores, diarreia e vômitos, que aparece normalmente após alguns dias após o nascimento (WIKNER *et al.*, 2007).

Ainda neste estudo, os antidepressivos foram considerados com menor potencial risco para uso na gestação. Isso é consistente com as informações baseadas em evidências disponíveis sobre a segurança desses medicamentos, uma vez que os antidepressivos não parecem representar um grande risco teratogênico. Cinco meta-análises investigaram o risco de malformações graves em associação com o uso de antidepressivos durante a gravidez. Quatro desses estudos não encontraram risco aumentado

estatisticamente significativo de malformações graves no primeiro trimestre da gravidez. A quinta meta-análise encontrou um risco aumentado de malformações cardíacas em lactentes expostos à paroxetina (um medicamento da classe dos inibidores seletivos da receptação da serotonina) no primeiro trimestre (RAHIMI; NIKFAR; ABDOLLAHI, 2006).

Na avaliação da percepção do risco de uso de medicamentos dentre os citados na gestação, aproximadamente um terço dos participantes do estudo afirmou ser o grupo dos antipsicóticos. Sabe-se que a maioria dos antipsicóticos é considerada segura na gravidez, e não usar tal classe pode representar um risco com desfechos graves como suicídio e de infanticídio. Os fármacos com menor transferência placentária são quetiapina, risperidona, olanzapina e haloperidol. Vários estudos mostram risco aumentado de hiperglicemia com o uso de atípicos na gravidez, mas esse fato pode-se dever a maior prevalência de diabetes gestacional em mulheres que fazem uso dessas drogas (PAYNE, 2017)

Quando questionados sobre os medicamentos mais nocivos para o uso na gravidez dentre os citados no questionário proposto, quase um quinto dos participantes assinalaram os anticonvulsivantes. São exemplos desse grupo: ácido valpróico ou divalproato de sódio, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina. Somados ao lítio, são comumente utilizados na Psiquiatria como estabilizadores de humor no tratamento farmacológico do transtorno bipolar. Esse transtorno pode colocar uma mulher grávida e seu bebê em risco significativo em virtude de possíveis comprometimentos como hospitalização prolongada, ideação suicida, perda de emprego e do suporte social, além de má nutrição, parto prematuro, falta de cooperação com cuidados pré-natais e um risco aumentado de psicose puerperal (RENNÓ JR, 2012).

O uso do ácido valpróico na gestação está associado a aproximadamente 10% de malformações e, quando usado no 1º trimestre de gravidez, podem-se citar: defeitos de tubo neural; efeitos sobre a cognição e volume cerebral; anomalias craniofaciais; defeitos cardíacos e hipospádia. Recomenda-se maior cuidado ao prescrevê-lo para mulheres em idade fértil, discutindo os riscos de teratogenicidade e contracepção. Na França, não é permitido seu uso no Transtorno Bipolar para mulheres em idade fértil, podendo ser usado apenas como antiepilético (RENNÓ JR, 2020).

A carbamazepina também merece especial atenção, pois os estudos mostram um aumento de 2,2 a 3,3% no risco de malformações como: espinha bífida e outros defeitos de tubo neural; anormalidades faciais; anormalidades esqueléticas; hipospádia; hérnia diafragmática; além de maior risco de hemorragia neonatal. Além disso, a carbamazepina em monoterapia está associada a redução da circunferência craniana; a exposição intrauterina à politerapia com outros anticonvulsivantes está associada ao risco de microcefalia (ALMGREN, KÄLLÉN, LAVEBRATT, 2009).

O lítio atravessa a placenta livremente, e a concentração sanguínea fetal é iguala a materna. Em virtude da imaturidade renal do feto, o *clearance* renal de lítio é diminuído e o feto pode ter um efeito tóxico mesmo quando o nível sérico materno esteja na faixa terapêutica. Até o momento, não há evidências de aumento de risco de abortamento ou morte intrauterina em mulheres usando lítio. Na década de 70, demonstrou-se um risco aumentado de malformação cardíaca (Anomalia de *Ebstein*) em bebês expostos ao lítio no útero. Atualmente, estima-se a incidência da doença na população geral é 1:20000, em 1:1000 a 2000 nascidos expostos ao lítio, o que seria um risco 20 a 40 vezes maior. Vale ressaltar, embora o risco relativo seja alto, o risco absoluto para malformação de *Ebstein* é baixo. O uso materno de lítio pode aumentar sinais de toxicidade neonatal com sintomas de hipotonia, letargia, arritmias, dificuldade respiratória e cianose (RENNÓ JR, 2020).

São necessárias algumas orientações em relação ao tratamento com lítio durante a gestação como monitorização mensal do nível sérico até a 36ª semana, diminuição gradual de dose próximo ao parto, realizar ecocardiografia fetal, além de manter hidratação adequada durante a gestação, suspender a medicação 24-48h antes do parto e dosar 12h após suspenso, reintroduzir após o parto, geralmente dose menor que no terceiro trimestre e dosar novamente com 1 semana, manter a dose mínima eficaz, dividir a dose três a quatro vezes ao dia e de preferência não utilização lítio na amamentação (MCALLISTER-WILLIAMS, R.H. *et al*, 2017).

Da amostra estudada, a maioria respondeu que encontrou dificuldades de encaminhamento das gestantes ao médico psiquiatra. Acrescenta-se que a principal dificuldade em relação às gestantes com transtornos mentais foi avaliada e obteve-se como maior resposta para o item

manejo medicamentoso. A maior parte dos fármacos administrados às mulheres grávidas atravessa a barreira placentária e expõe o embrião em desenvolvimento a seus efeitos farmacológicos durante o período de gestação e amamentação. Por isso, alguns princípios básicos devem ser observados pelos profissionais de saúde para que possam realizar a correta prescrição de medicamentos, analisando a relação riscos x benefícios, experiência prévia da mãe com o fármaco e suas propriedades, tais como a meia-vida, dose apropriada, via e horário de administração, tempo de ação, entre outros. (RIBEIRO *et al*, 2013).

O planejamento gestacional para mulher com uso de psicofármacos é recomendado 6 a 12 meses antes, considerando história psiquiátrica prévia, história de resposta medicamentosa, desejos e preocupações sobre o tratamento. Adaptações medicamentosas devem ser feitas, se possível, antes da gravidez. No entanto, se gravidez não planejada, não interromper precipitadamente os psicofármacos (PAYNE, 2017).

Durante a gravidez, existem mudanças fisiológicas que interferem diretamente no metabolismo e eliminação de fármacos como aumento do volume plasmático, aumento do percentual de gordura e do volume de distribuição, da taxa de filtração glomerular e da eliminação de drogas além de alterações da atividade de enzimas importantes do citocromo P450. Na literatura, alguns estudos verificaram o impacto das alterações gestacionais na farmacocinética de antidepressivos, foi visto uma redução da concentração sérica em pelo menos 50% de alguns medicamentos do grupo como fluvoxamina e nortriptilina no terceiro trimestre. Portanto, recomenda-se o acompanhamento clínico minucioso e uso de monitoramento terapêutico de drogas para todas as pacientes tratadas com antidepressivos durante a gravidez (SCHORETSANITIS *et al*, 2020).

Dados da literatura mostram na Inglaterra, por exemplo, 90% dos pacientes considerados como tendo problemas mentais tiveram contato com seu clínico geral na atenção primária (LESTER; GLASBY; TYLEE, 2004). No Brasil, nas últimas décadas, a ESF e o Movimento da Reforma Assistencial Psiquiátrica Brasileira têm trazido contribuições importantes no sentido da reformulação da atenção em saúde no país. Ambos defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança radical no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem

comunitária/familiar, em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital (PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012)

As limitações deste estudo incluem o pequeno tamanho da amostra e o possível viés de seleção inerente a uma amostra de conveniência restrita ao município de Teresina, portanto os resultados não podem ser necessariamente generalizados.

Apesar das limitações deste estudo, espera-se que esses achados contribuam para melhor capacitação da atuação desses profissionais na assistência ao pré-natal, além da elaboração de estratégias com foco no acolhimento, orientações médicas e tratamento medicamentoso adequado de gestantes com transtornos mentais e em uso de psicofármacos, como forma de reduzir os custos prejuízos de doença mental não tratada e melhorar a qualidade de vida do binômio mãe-bebê.

7. CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados, conclui-se que existe, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, na percepção e vivência clínica dos médicos entrevistados, uma frequência significativa de gestantes com transtornos mentais e/ou uso de medicamentos psiquiátricos.

No entanto, o atendimento médico dessas gestantes implica dificuldades nesse manejo clínico, sobretudo o medicamentoso. O maior destaque é a preocupação com uso arriscado de benzodiazepínicos.

É extremamente importante propor melhorias na educação médica. Sugere-se para futuras pesquisas o desenvolvimento de trabalhos que abordem essa temática, podendo contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas, com foco na atenção mental da gestante.

Conclui-se, portanto, que os profissionais devem estar capacitados e cientes da importância do planejamento gestacional em mulheres com transtornos mentais pelo risco de descompensação de sintomas psiquiátricos na gestação, informados dos riscos de tratar *versus* não-tratar, individualizando cada paciente e o tipo de medicamento em uso, pois os psicofármacos carregam diferentes riscos que devem ser analisados cuidadosamente pelo profissional de assistência pré-natal.

Diante dos resultados e por se tratar de um mestrado profissional, propomos a criação de um material didático digital com enfoque no manejo medicamentoso contendo as principais evidências científicas dos principais grupos de psicofármacos e suas correlações clínicas para exposição a elas no período gestacional (APÊNDICE E), com o objetivo de orientar profissionais médicos e demais profissionais da ESF na condução do atendimento de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de psicofármacos.

REFERÊNCIAS

1. ALBARQOUNI, L. et al. Core competencies in evidence-based practice for health professionals: Consensus statement based on a systematic review and Delphi survey. **JAMA network open**, v. 1, n. 2, p. e180281, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30646073/> acesso em 31 agosto de 2023
2. ALMGREN, M.; KÄLLÉN, B.; LAVEBRATT, C. Population-based study of antiepileptic drug exposure in utero—Influence on head circumference in newborns. **Seizure: the journal of the British Epilepsy Association**, v. 18, n. 10, p. 672–675, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131109001848> Acesso em 10 agosto 2023
3. Associação Médica Brasileira (AMB). Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Associação Brasileira de Psiquiatria Projeto Diretrizes. **Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina**. São Paulo, Brasília: AMB/CFM; 2013. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/abuso-e-dependencia-dos-benzodiazepinicos.pdf/ Acesso em 27 ago. 2023.
4. Antenatal and Postnatal Mental Health: **The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance**. NICE National Collaborating Centre for Mental Health. Leicester (UK): British Psychological Society; 2007. PMID: 21678630. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678630/> Acesso em 26 jul.2023
5. ARAUJO, D. M. R. et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 219–227, 1 fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2010.v26n2/219-227/> Acesso em: 12 jun. 2021.
6. AUSTIN, M. P.; LEADER, L. Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. **The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 331–337, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11065043/> Acesso em: 22 maio 2021
7. BILSZTA, J. L. C. et al. Primary care physician's attitudes and practices regarding antidepressant use during pregnancy: a survey of two countries. **Archives of women's mental health**, v. 14, n. 1, p. 71–75, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21116666/> Acesso em: 08 maio 2021

8. BORBA, P. et al. Common mental disorders in mothers vs. infant and obstetric outcomes: a review. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 171–177, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-662830> Acesso em: 09 maio 2021
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em 08 maio 2021.
10. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica. Diretrizes para organização da Atenção Básica**. Brasília: MS; 2017.
11. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Lei 8080**. 19 de setembro de 1990.
12. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: MS; 2011.
13. BYATT, N.; DELIGIANNIDIS, K. M.; FREEMAN, M. P. Antidepressant use in pregnancy: a critical review focused on risks and controversies. **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 127, n. 2, p. 94–114, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006272/> Acesso em 06 jun. 2021
14. CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de psiquiatria clinica**, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/> Acesso em 08 maio 2021
15. CANTILINO, A. et al. Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil)**, v. 36, n. 2, p. 106–110, 2014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZZVV6pLBP7VGGC9qRyhKLhz/?lang=en> Acesso em: 03 maio 2021
16. COSTA, D. O. et al. Mental disorders in pregnancy and newborn conditions: longitudinal study with pregnant women attended in primary care. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 3, p. 691–700, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29538550/> Acessado em 07 de maio de 2021
17. CHISOLM, M. S.; PAYNE, J. L. Management of psychotropic drugs during pregnancy. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 532, p. h5918, 2016

- Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791406/> Acesso em: 07 jun.2023
18. COIMBRA, V. C., Oliveira M.M., Vila, T. C., & Almeida M. C. (2007). A Atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 07, Goiânia, 113 – 111. Acesso em: 10 ago.2023
 19. COHEN, L. S. et al. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. **Archives of women's mental health**, v. 7, n. 4, p. 217–221, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15338315/> Acesso em: 10 jun.2023
 20. EINARSON, A.; DAVIS, W. Barriers to the pharmacological treatment of women with psychiatric disorders during pregnancy and breastfeeding: results of a survey. **Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada [Journal of obstetrics and gynaecology Canada]**, v. 35, n. 6, p. 504–505, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870771/> Acesso em 18 jun 2023
 21. ENATO, E.; MORETTI, M.; KOREN, G. The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. **Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada [Journal of obstetrics and gynaecology Canada]**, v. 33, n. 1, p. 46–48, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21272436/> Acesso em 23 jun. 2023
 22. FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: Depression and Anxiety during Pregnancy. **Archives of women's mental health**, v. 12, n. 5, p. 335–343, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468824/> Acesso em 09 maio 2021.
 23. FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de saude publica**, v. 39, n. 4, p. 612–618, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-412660> Acesso em 15 maio 2021.
 24. FDA- **Food and Drug Administration (FDA)** 2014 Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/labeling-information-drug-products/pregnancy-and-lactation-labeling-drugs-final-rule>
 25. FINER, L. B.; ZOLNA, M. R. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. **Contraception**, v. 84, n. 5, p. 478–485, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018121/> Acesso em 21 jun. 2023
 26. FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n.

- 2, p. 139G-149G, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302553/> Acessado em 12 de abril de 2021.
27. GOOGLE. **Documentos Google**. [internet]. 2015. Disponível em: <http://www.google.com/forms/about>
28. HUYBRECHTS, K. F. et al. Maternal and fetal outcomes following exposure to duloxetine in pregnancy: cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 368, p. m237, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m237> Acesso em 29 de agosto de 2023
29. KASSADA, D. S. et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 495–502, 2015. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-773434> Acesso em 14 Maio de 2021.
30. KENDIG, S. et al. Consensus bundle on maternal mental health: Perinatal depression and anxiety. **Obstetrics and gynecology**, v. 129, n. 3, p. 422–430, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178041/> Acesso em 29 set de 2023.
31. KIM, D. R. et al. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. **Archives of women's mental health**, v. 16, n. 6, p. 475–482, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23934018/> acesso em 20 jun. 2021
32. LESTER, H.; GLASBY, J.; TYLEE, A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 54, n. 501, p. 285–291, 2004 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314855/> acesso em 02 jun. 2023
33. LIMA, M. DE O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 39–46, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837830> Acessado em 12 de abril de 2021.
34. LUCCI, T. K. et al. Maternal depression and offspring's cortisol concentrations in a Brazilian sample. **Psico (Porto Alegre)**, p. 140–147, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797836> Acesso em 30 maio 2021
35. MCALLISTER-WILLIAMS, R. H. et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic

- medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. **Journal of psychopharmacology (Oxford, England)**, v. 31, n. 5, p. 519–552, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28440103/> Acesso em 05 set de 2023
36. OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; SILVER, L. D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciencia & saude coletiva**, v. 9, n. 4, p. 987–996, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WbzF8x36BkvdTFHnTM9KLRs/>. Acesso em: 27 Jun. 2021
37. PAYNE, J. L. Psychopharmacology in pregnancy and breastfeeding. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 40, n. 2, p. 217–238, 2017 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477649/> Acesso em: 25 jul.2023
38. PEREIRA, P. K. et al. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. **Cadernos de saude publica**, v. 27, n. 12, p. 2287–2298, 2011. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-610711>. Acesso em 08 de maio de 2021.
39. PIAUÍ. Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ: orientações para o cuidado em saúde mental**. Teresina, 2017.
40. PIJERS, E. L. et al. Women’s questions about medicines in pregnancy - An analysis of calls to an Australian national medicines call centre. **The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology**, v. 57, n. 3, p. 334–341, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27624748/> Acesso em 11 maio 2021
41. RAHIMI, R.; NIKFAR, S.; ABDOLLAHI, M. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials. **Reproductive toxicology (Elmsford, N.Y.)**, v. 22, n. 4, p. 571–575, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16720091/> Acesso em 25 jun.2023
42. RENNÓ Jr, Joel. et al. **Women’s Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide**. 1st ed. Springer, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8>.
43. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view>. Acesso em: 30 set. 2023

44. ROCHA, R. et al. Medicamentos na gravidez e na lactação: novas normas da FDA. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 5, n. 5, p. 28–31, 2015. RENNÓ Junior J, Ribeiro HL. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2012. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/159> Acesso em 21 jun.2023
45. SCHORETSANITIS, G. et al. The impact of pregnancy on the pharmacokinetics of antidepressants: a systematic critical review and meta-analysis. **Expert opinion on drug metabolism & toxicology**, v. 16, n. 5, p. 431–440, 2020 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323120/> Acesso em 29 jun 2023.
46. SOUZA, F. P. G. DE et al. Saúde mental na grade curricular do curso de medicina em uma instituição de ensino superior: implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, p. e9038, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9038/5531/> Acesso em 13 set 2023
47. WIDNES, S. F. et al. Teratogenic risk perception and confidence in use of medicines in pairs of pregnant women and general practitioners based on patient information leaflets. **Drug safety: an international journal of medical toxicology and drug experience**, v. 36, n. 6, p. 481–489, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23539202/> Acesso em 08 jun 2023.
48. WIKNER, B. N. et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 16, n. 11, p. 1203–1210, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17894421/> Acesso em 09 maio 2021
49. WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Journal of affective disorders**, v. 219, p. 86–92, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531848/> Acesso em 22 jun 2023

APÊNDICE A

Categorias de risco farmacológico na gravidez segundo a *Food and Drug Administration* (FDA)

Categorias	Interpretação
A - Estudos controlados mostram risco ausente	Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto.
B - Nenhuma evidência de risco em humanos	Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou, se estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos.
C - Risco não pode ser excluído	Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D- Evidência positiva de risco.	Dados de investigação ou após liberação no mercado mostram risco para o feto. Mesmo assim, os benefícios potenciais podem sobrepujar o risco.
X- Contraindicado na gravidez.	Estudos em animais e humanos, ou relatos de investigação ou após liberação no mercado, mostraram risco fetal que claramente é maior que os benefícios potenciais.

Fonte: Autor (Adaptado de Regulamento Técnico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, 2010)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Caro(a) colega médico,

Eu, Bárbara Hamedy C. Queiroz Aragão, sou mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e, juntamente com minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rosimeire Ferreira dos Santos, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESINA-PI”.

Nesse sentido, solicitamos sua colaboração na participação da pesquisa, que tem como objetivos avaliar o manejo clínico de gestantes com problemas de saúde mental na atenção básica de Teresina/PI, bem como a sua percepção de risco na utilização de algumas classes de medicações psiquiátricas. As informações provenientes deste questionário servirão para a elaboração de um fluxograma de manejo clínico para atendimento de mulheres com transtorno mental e/ou em uso de medicações psiquiátricas na gestação, na Atenção Básica de Teresina-PI.

Por esse motivo, convidamos todos os médicos que promovem a assistência na Atenção Básica para responder este questionário on-line, com duração entre de 5 e 8 minutos.

Os riscos desta pesquisa serão mínimos, os possíveis riscos de constrangimento dos participantes, será contornado com a autoaplicação do instrumento de coleta de dados. Além disso, será assegurado o respeito pela dignidade humana, anonimato e autonomia dos participantes, assim como o sigilo das informações coletadas. Ressalta-se, ainda, que este tipo de estudo não ocasiona qualquer tipo de dano, seja patrimonial, moral ou estético.

Como benefícios, o projeto trará o conhecimento sobre a realidade da assistência pré-natal de baixo risco de gestantes com transtornos mentais feita no município da pesquisa. Além disso, serão elucidadas quais as principais dificuldades dos profissionais no manejo diagnóstico e terapêutico na gestação e puerpério dos casos que são de assistência dos profissionais da Atenção Básica. Os dados colhidos servirão para criação de um fluxograma de atendimento clínico na rede municipal de saúde, contemplando uma saúde coletiva eficiente, integral e equânime (princípio da equidade) a fim de contribuir no planejamento de políticas públicas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Atenção:

1. Suas respostas são anônimas e não podem ser rastreadas: não teremos informações sobre quem você é, além das perguntas que você responder.
2. Sua participação é voluntária e você pode deixar de responder a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer problema.
3. Sua participação contará com assistência imediata, emergencial e sem ônus, bem como assistência integral no que se refere a eventuais complicações e danos decorrentes da pesquisa (Resolução 466/12, item V.6)
4. Se você tiver alguma dúvida ou sugestão sobre esta pesquisa, pode entrar em contato com os Pesquisadores Responsáveis no seguinte endereço eletrônico: bhamedy@hotmail.com.

Como o objetivo desta pesquisa é obter um retrato do conhecimento e assistência dos médicos acerca de alguns tópicos da saúde mental na gestação mais fidedigno em relação à prática clínica habitual, solicitamos que você responda ao questionário sem consultar nenhuma fonte bibliográfica durante o seu preenchimento.

*Obrigatório

Confirmando que li as instruções acima, entendi que a minha participação é confidencial e voluntária, podendo ser cancelada a qualquer momento, e concordo em responder as questões da pesquisa. *

Sim

Não

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o: Comitê de Ética em Pesquisa–UFPI–Campus Universitário Ministro Petrônio Portela–Ininga–SG 06– CEP: 64049-550–Teresina –PI. Telefone:(86)3237-2332 – e-mail: CEP.ufpi@ufpi.edu.br,web: www.ufpi.br/cep

Página 2/2

APÊNDICE C

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESINA-PI
PARTE I: Informações pessoais e perfil profissional
<p>1) Sexo *</p> <p>Masculino</p> <p>Feminino</p> <p>2) Idade *</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Sua resposta</p> <p>3) Tempo de graduação em Medicina (em anos completos) *</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Sua resposta</p> <p>4) Tempo de atuação na Atenção Básica (em anos completos) *</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Sua resposta</p> <p>4) Qual sua área de especialidade na atuação médica? *</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Sua resposta</p> <p>5) Você exerce alguma atividade acadêmica (voluntária ou remunerada)? Exemplos: supervisão, preceptoria, ensino, pesquisa.</p> <p>Sim</p> <p>Não</p>
PARTE II: Atendimento de gestantes com transtorno mental e/ou uso de psicofármacos
<p>1) Você exerceu atividade de acompanhamento pré-natal de baixo risco na sua UBS de atuação no último ano?*</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>2) Você já iniciou o pré-natal de uma mulher que, quando se descobriu grávida, estava fazendo uso de medicação psiquiátrica? *</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>3) Você já orientou alguma gestante a interromper o uso de medicação psiquiátrica tão logo esta descobriu que estava grávida? *</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>4) Você teve dúvidas de como orientar alguma gestante sobre a manutenção ou interrupção do uso de psicofármaco que ela estava usando? *</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>5) Você já precisou iniciar alguma medicação psiquiátrica para uma paciente gestante? *</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>6) Você considera que, na gravidez, as medicações psiquiátricas são mais prejudiciais ao feto que outras classes de remédios? *</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>7) Você costuma ler artigos ou materiais científicos sobre medicação psiquiátricas na gravidez? *</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>8) Qual grupo de medicamentos abaixo você considera potencialmente mais arriscado para ser utilizado durante a gestação? *</p> <p>Antidepressivos</p>

Antipsicóticos

Benzodiazepínicos

Anticonvulsivantes

9) Você se sente seguro para prescrever medicamentos psiquiátricos a grávidas? *

Não me sinto à vontade e sempre encaminho ao psiquiatra.

Às vezes me sinto à vontade, ocasião em que não encaminho ao psiquiatra.

Tenho segurança sempre e não faço nenhum encaminhamento.

10) Baseado na sua prática na atenção básica, você sentiu dificuldade de encaminhamento médico psiquiátrico para pacientes gestantes? *

Sim

Não

11) Qual a sua principal dificuldade em relação às gestantes com transtornos mentais? *

Diagnóstico psiquiátrico

Manejo medicamentoso

Atenção psicossocial

Orientações aos familiares

Outro:

Cada participante deverá preencher o formulário apenas uma vez.

Agradecemos a sua participação nesta pesquisa

APÊNDICE D

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para fins de pesquisa, que aceitaremos a pesquisadora **Bárbara Hamedy Carvalho Queiroz Aragão**, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da mulher para desenvolver o projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESINA-PI” que está sob a orientação da profa. Rosimeire Ferreira dos Santos e cujo objetivo é avaliar a assistência médica prestada a gestantes de pré-natal e baixo risco na Atenção Básica.

Como produto de pesquisa, pretende-se elaborar um fluxograma de atendimento deste grupo de pacientes.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução do 510/2016 Do Comitê de Ética em Pesquisa e suas complementares, comprometendo-se a utilizar as informações coletadas exclusivamente para os fins da pesquisa. É importante salientar que toda a pesquisa será feita por meio remoto sem contato entre o pesquisador e os participantes, visando o distanciamento social.

Teresina, ____ de setembro de 2021.

Pesquisador

Responsável pela Instituição

APENDICE E



APENDICE E

APRIMORAMENTO NO CUIDADO DA
**GESTANTE COM
TRANSTORNO
MENTAL**

E/OU EM USO DE **PSICOFÁRMACOS**

Bárbara Hamedy Carvalho Queiroz Aragão

UFPI 2023

APENDICE E



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE DA MULHER**

Coordenação pedagógica e orientação:

Profª.Drª Rosimeire Ferreira dos Santos

Criação de texto/ roteiro:

Bárbara Hamedy Carvalho Queiroz Aragão

Projeto gráfico:

Carlos Naygel D. Barbosa

APENDICE E

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	05
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	06
3. RISCOS E DESFECHOS ASSOCIADOS A DISTÚRBIOS MATERNOS NÃO TRATADOS NA GRAVIDEZ	07
4. MANEJO CLÍNICO	08
4.1 COMO E QUANDO ORIENTAR O PLANEJAMENTO UMA GESTAÇÃO?	09
4.2 MUDANÇA NO METABOLISMO E ELIMINAÇÃO DE FÁRMACOS DURANTE A GRAVIDEZ	10
4.3 TOMADA DE DECISÃO: TRATAR X NÃO-TRATAR	11
4.4 TRATAMENTOS	13
4.5 MEDICAMENTOS	
4.5.1 BENZODIAZEPÍNICOS	15
4.5.2 ANTIPSICÓTICOS	16
4.5.3 ANTIDEPRESIVOS	17
4.5.4 ESTABILIZADOR DE HUMOR	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
6. REFERÊNCIAS	22

APENDICE E

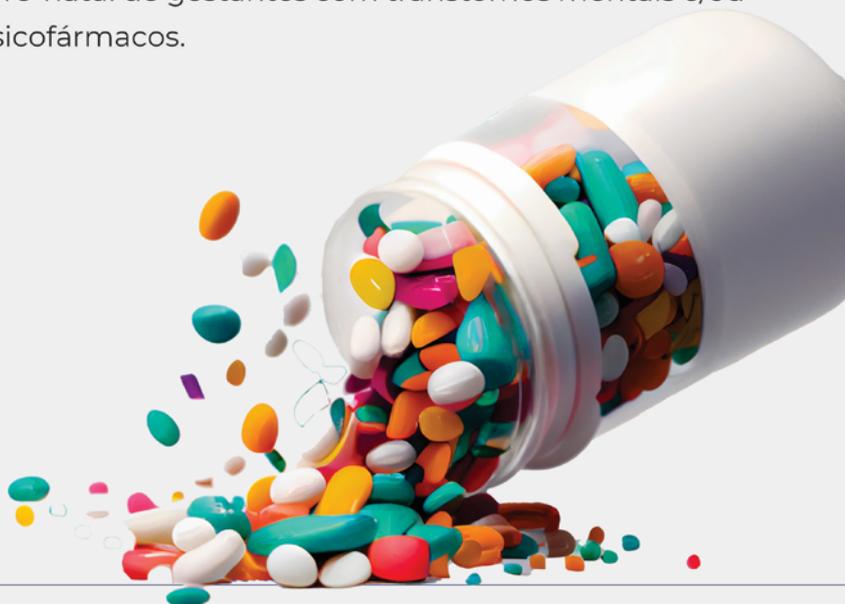
1. APRESENTAÇÃO

Prezado leitor,

Com grande alegria, apresentamos este material sobre “Aprimoramento no cuidado da gestante com transtorno mental e/ou em uso de psicofármacos”, fruto de pesquisa acadêmica desenvolvida por meio do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher (PPGSM) da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Mostraremos, didaticamente, a relevância do cuidado em saúde mental no período gestacional e o planejamento gestacional recomendado para uma mulher em uso de psicofármacos, além dos principais riscos associados às doenças mentais maternas tratadas e não-tratadas.

Abordaremos, sobretudo, o manejo medicamentoso contendo as principais evidências científicas para os grupos de psicofármacos mais utilizados na prática clínica, buscando, com isso, orientar médicos e demais profissionais vinculados à assistência pré-natal de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de psicofármacos.



APENDICE E

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase da vida da mulher que precisa ser avaliada com especial atenção, por englobar inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, as quais podem refletir diretamente em sua saúde mental. A gestação e o puerpério, nesse sentido, são considerados fatores de risco ao desenvolvimento de problemas de saúde mental ou à sua exacerbação, antes e depois do parto.

Com efeito, dados internacionais revelam que há uma prevalência de cerca de 12% para depressão na gestação. Também, até 25% das gestantes vivenciam alterações de saúde mental com sintomas ansiosos ou depressivos, e 70% das que apresentam depressão pré-natal permanecem em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos, caso não recebam orientação e apoio especializados. Além disso, a ansiedade gestacional consiste em um importante preditor de depressão pós-parto e um fator de

risco relacionado a problemas comportamentais e emocionais na criança

Sabe-se, ainda, que a gravidez não protege a mulher dos transtornos psiquiátricos nem de possíveis recaídas de sintomas prévios. Não é raro acontecer de um médico de assistência pré-natal, por exemplo, deparar-se com uma paciente com histórico de depressão, e em uso de antidepressivo e eutímica, quando recebe exame positivo de gravidez. Um estudo longitudinal com 32 mulheres nessa situação e que optaram por descontinuar a medicação mostrou que 75% delas tiveram recaídas durante a gravidez, mais comumente no primeiro trimestre e naquelas com história de depressão mais crônica.

Dessa forma, o adoecimento psíquico e o cuidado em saúde mental na gestação merecem a devida atenção, sobretudo em pacientes que já possuem acompanhamento psiquiátrico prévio a gestação. A discussão e a decisão acerca do tratamento psiquiátrico devem envolver uma boa relação médico-paciente, bem como uma capacitação da equipe multiprofissional de pré-natal para atender essas demandas.

APENDICE E

3. RISCOS E DESFECHOS ASSOCIADOS A DISTÚRBIOS MATERNS NÃO TRATADOS NA GRAVIDEZ

As consultas de pré-natal, frequentemente, costumam ser focadas nos parâmetros clínicos da mulher e no desenvolvimento adequado do feto (altura uterina, batimentos cardíacos fetais, nutrição materna, curva de peso), de modo que as queixas referentes à saúde mental são pouco investigadas. Essas circunstâncias contribuem para que os transtornos psiquiátricos sejam subdiagnosticados na gravidez.

Vários estudos têm mostrado que a doença mental materna em si pode comprometer a evolução da gestação e o desenvolvimento do feto, pelos seguintes motivos:

- ▶ Dificuldade de seguir orientações médicas no pré-natal;
- ▶ Diminuição a frequência às consultas pré-natais;
- ▶ Aumentam o risco de exposição a tabaco, álcool e outras substâncias;
- ▶ Associado ao nascimento prematuro e baixo peso ao nascer;
- ▶ Agravamento de comorbidades clínicas;
- ▶ Risco aumentado de abortamento espontâneo;
- ▶ Aumento do risco de cesariana;
- ▶ Maior risco de pre-eclâmpsia;
- ▶ Escores mais baixos de APGAR;
- ▶ Maior probabilidade de admissão nas unidades de cuidados neonatais;
- ▶ Aumento do risco de déficits neurocognitivos, comportamentais e sociais de longo prazo;
- ▶ Efeito negativo no vínculo materno-infantil;
- ▶ Afeta toda a família, diminui a qualidade de vida;
- ▶ Aumento do risco de transtorno mental em outros familiares.

APENDICE E



4. MANEJO CLÍNICO

APENDICE E

4.1 COMO E QUANDO ORIENTAR O PLANEJAMENTO EM UMA GESTAÇÃO?

Recomenda-se o planejamento gestacional para mulher com uso de psicofármacos de 6 a 12 meses antes da gravidez, considerando história psiquiátrica prévia, história de resposta medicamentosa, além de desejos e preocupações sobre o tratamento. Adaptações medicamentosas devem ser feitas, se possível, antes da gravidez. No entanto, se o caso for de gravidez não planejada, é preciso não interromper precipitadamente os psicofármacos.

Tabela 01: Fatores avaliados para o planejamento gestacional em mulheres com transtornos mentais e/ou em uso de psicofármacos

- ▶ Planejamento é individual
- ▶ Risco de recorrência da doença
- ▶ Histórico de resposta ao tratamento
- ▶ Comportamentos de risco: ideação suicida/ autoagressão
- ▶ Histórico de abuso de substâncias psicoativas
- ▶ Suporte familiar e social
- ▶ Acesso e adesão ao tratamento
- ▶ Informação científica
- ▶ Desejo da paciente em tratar
- ▶ Psicoeducação

APENDICE E

4.2 MUDANÇA NO METABOLISMO E ELIMINAÇÃO DE FÁRMACOS DURANTE A GRAVIDEZ

Durante a gravidez, existem mudanças fisiológicas que interferem diretamente no metabolismo e na eliminação de fármacos, tais como aumento do volume plasmático, aumento do percentual de gordura e do volume de distribuição, da taxa de filtração glomerular e da eliminação de drogas, além de alterações da atividade de enzimas importantes do citocromo P450.

Existem poucos estudos e dados guiando o ajuste de dose dos psicofármacos, e a recomendação é o seguimento com uso da mínima dose necessária.

Tabela 02: Psicofarmacologia e Gestação

▶ Mudanças na farmacocinética	▶ Alterações na volemia
	▶ Alterações na quantidade de tecido adiposo
	▶ Alterações na taxa de filtração glomerular
▶ Mudanças na atividade enzimática e no metabolismo	▶ Alterações em enzimas do citocromo e glicoproteínas

APENDICE E

4.3 TOMADA DE DECISÃO: TRATAR X NÃO TRATAR

A decisão de tratar ou não a gestante com transtorno psiquiátrico deve sempre levar em consideração a relação risco *versus* benefício, procurando priorizar o bem-estar da mãe e do bebê. Nenhuma droga psicotrópica, incluindo os antidepressivos, foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) para ser utilizada na gestação. A agência governamental dos Estados Unidos da América, nesse contexto, elaborou a categorização de drogas (medicamentos, em geral) no período gestacional, dividindo-as em categorias A, B, C, D e X. Essa categorização é baseada no nível de evidência para a segurança em estudos animais e humanos. No entanto, o mito do risco crescente de danos e a falha na comunicação fizeram o FDA lançar, em 2015, uma nova classificação, a “*Pregnancy and Lactation Labeling Rule*”.

Nela, as categorias são substituídas por um resumo dos riscos perinatais do medicamento, pela discussão das evidências pertinentes e por uma síntese dos dados mais relevantes para a tomada de decisões na prescrição, visando facilitar o processo de prescrição por meio do oferecimento de um conjunto de informações consistentes e bem estruturadas a respeito do uso de medicamentos nos períodos da gravidez e lactação. Ademais, pretende-se aperfeiçoar continuamente o conteúdo da estrutura das novas bulas dos medicamentos, para prover informações que sejam efetivamente úteis ao médico e aos seus pacientes.



APENDICE E

4.3 TOMADA DE DECISÃO: TRATAR X NÃO TRATAR

Além disso, o manejo medicamentoso na gravidez, de um modo geral, exige especial atenção por vários riscos importantes a serem considerados pelo médico: teratogênese, abortamentos espontâneos, complicações neonatais (toxicidade neonatal), mudanças metabólicas dos fármacos ao longo da gravidez, além de possíveis efeitos sobre o neurodesenvolvimento.

Embora as mulheres sejam frequentemente aconselhadas a não tomar nenhum medicamento durante a gravidez, a exposição pode ser inadvertida, já que metade de todas as gestações não é planejada, ou pode ser inevitável em mulheres que requerem tratamento para doenças crônicas, doenças agudas ou condições relacionadas à gravidez.

Tabela 03: Risco comparativo: tratar X não-tratar um transtorno mental na gestação: Estudo comparativo em mulheres com transtornos psiquiátricos e sem tratamento X mulheres expostas a ISRS na gestação

▶ Tratadas com uso de ISRS	▶ Não-tratadas (em comparação com gestações saudáveis)
▶ Diminuição do número de cesáreas	▶ Aumento do número de cesáreas
▶ Menor número de cesáreas de emergência.	▶ Maior número de cesáreas de emergência.
▶ Menor risco de parto prematuro	▶ Aumento do risco de parto prematuro
▶ Menor risco de sangramentos	▶ Maior risco de sangramentos
▶ Sem diferenças de permanência no hospital após o parto.	▶ Maior risco de permanência no hospital após 7 dias do parto.
▶ Maior risco para uso de unidades de cuidado neonatal.	▶ Maior uso de unidades neonatais

Adaptado de Rennó Jr, J e Ribeiro HL, 2012

APENDICE E

4.4 TRATAMENTO

A escolha do tratamento deve levar em conta a gravidade dos sintomas, a história da paciente (incluindo resposta pregressa à medicação), e a prática clínica do profissional. Nos casos de depressão gestacional leve, uma opção seria manter o tratamento não-medicamentoso mas associado a psicoterapia. As técnicas de psicoterapia com maior evidência e estudos correlacionados nessas pacientes é a terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia interpessoal. Destaca-se, como tratamento complementar, outras abordagens como o incentivo a prática de exercícios físicos no período gestacional, a reposição de ômega-3 e a acupuntura.

No entanto, vale ressaltar que quadros moderados a graves necessitam de tratamento farmacológico e, em situações mais severas, indica-se o uso de técnicas de neuromodulação como a EMT (estimulação magnética transcraniana) ou ainda a ECT (eletroconvulsoterapia).



APENDICE E

4.4 TRATAMENTO

Tabela 04: Preceitos básicos do tratamento do transtorno mental em grávidas.

- ▶ Diagnóstico psiquiátrico correto
- ▶ Considerar o risco de doença não-tratada
- ▶ Considerar a possibilidade de tratamentos
- ▶ Avaliar efeitos colaterais das medicações e os benefícios do tratamento farmacológico
- ▶ Guiar-se pela resposta prévia
- ▶ Preferir monoterapia
- ▶ Utilizar a mínima dose efetiva



APENDICE E

4.5 MEDICAMENTOS

BENZODIAZEPINICOS

As informações disponíveis sobre o potencial risco teratogênico os consideram relativamente seguros para uso na gravidez. Uma meta-análise atualizada de sua segurança fetal sintetizou nove estudos com mais de um milhão de gestações, gerando uma razão de chance de 1,07 (considerando intervalo de confiança 95% 0,91 a 1,25). Embora os benzodiazepínicos não pareçam aumentar o risco teratogênico em geral, os casos-controlados sugerem um risco duas vezes maior de fenda oral.

Os benzodiazepínicos parecem estar associados ao aborto espontâneo, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Uma meta-análise de três estudos observacionais prospectivos incluiu aproximadamente 600 (seiscentas) mulheres grávidas tratadas com benzodiazepínicos durante o primeiro trimestre e aproximadamente 600 (seiscentas) gestações não expostas.

Especial atenção deve ser dada, ainda, aos efeitos de uso crônico de benzodiazepínicos como a toxicidade neonatal (síndrome de “bebê mole”, letargia, esforço respiratório e dificuldades para se alimentar, ocorre logo após o nascimento) e a possibilidade de síndrome de abstinência caracterizada por inquietude, hipertonia, hiperreflexia, tremores, diarreia e vômitos, que aparece normalmente após alguns dias após o nascimento.



APENDICE E

4.5 MEDICAMENTOS

ANTIPSIKÓTICOS

Os antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, são amplamente utilizados na prática clínica, em casos de quadros psicóticos, episódios maníacos, sedativos em casos de agitação psicomotora, dentre outras hipóteses. Dividem-se em dois grupos, os de primeira geração e os de segunda geração. Os de primeira geração (ou “típicos”) são os seguintes: clorpromazina; levomepromazina; haloperidol; flufenazina. Neles a ação predominante é o bloqueio do sistema dopaminérgico, responsável pelo efeito antipsicótico, pelos efeitos colaterais extrapiramidais e pela hiperprolactinemia. Os de segunda geração (ou “atípicos”) são estes: risperidona; olanzapina; quetiapina; ziprasidona. Os antipsicóticos de segunda geração têm uma ação simultânea balanceada nos sistemas dopaminérgico e serotoninérgico.

Sabe-se que a maioria dos antipsicóticos é considerada segura na gravidez, e não usar tal classe pode representar um risco com desfechos graves como suicídio e infanticídio. Os fármacos com menor transferência placentária são quetiapina, risperidona, olanzapina e haloperidol.

Vários estudos mostram risco aumentado de hiperglicemia com o uso de atípicos na gravidez, mas esse fato pode-se dever à maior prevalência de diabetes gestacional em mulheres que fazem uso dessas drogas, sobretudo do grupo dos antipsicóticos atípicos ou de segunda geração.

Há poucos estudos investigando desfechos a longo prazo no neurodesenvolvimento neonatal; existem alguns relatos de caso na literatura de sintomas extrapiramidais em neonatos expostos.



APENDICE E

4.5 MEDICAMENTOS

ANTIDEPRESSIVOS

Informações baseadas em evidências disponíveis sobre a segurança desses medicamentos indicam que os antidepressivos não parecem representar um grande risco teratogênico. Cinco meta-análises investigaram o risco de malformações graves em associação com o uso de antidepressivos durante a gravidez. Quatro desses estudos não encontraram risco aumentado estatisticamente significativo de malformações graves no primeiro trimestre da gravidez. A quinta meta-análise encontrou um risco aumentado de malformações cardíacas em lactentes expostos à paroxetina (um medicamento da classe dos inibidores seletivos da recombinação da serotonina-ISR) no primeiro trimestre, classificada como classe “D” pelo FDA.

Os ISR (são exemplos: fluoxetina, paroxetina, sertralina, escitalopram, citalopram, fluvoxamina) são frequentemente utilizados para tratamento dos transtornos depressivos e ansiosos nas gestantes; apesar de seguras, há relatos de casos em que ocorrem sintomas de abstinência ou adaptação neonatal pobre em bebês expostos. Este quadro é autolimitado, costuma melhorar em duas semanas e tem relação com uso da medicação no terceiro trimestre. Em razão de sua meia-vida longa, a fluoxetina está mais relacionada à toxicidade neonatal. O mecanismo para tal é desconhecido, no entanto, a fim de minimizar os riscos, alguns autores recomendam a interrupção do uso alguns dias ou semanas antes do parto. Pouco se sabe a respeito de possíveis sequelas no desenvolvimento neurológico infantil, pois há poucos relatos a longo prazo.

No grupo dos antidepressivos classificados como inibidores de recombinação da serotonina e noradrenalina (IRNS), também conhecidos como “duais”, os principais exemplos são duloxetina e venlafaxina. A duloxetina, além de antidepressivo, tem indicações

APENDICE

4.5 MEDICAMENTOS

ANTIDEPRESSIVOS

No grupo dos antidepressivos classificados como inibidores de receptação da serotonina e noradrenalina (IRNS), também conhecidos como “duais”, os principais exemplos são duloxetina e venlafaxina. A duloxetina, além de antidepressivo, tem indicações clínicas para o tratamento da dor neuropática, transtorno de ansiedade generalizada, fibromialgia e dor musculoesquelética crônica. Em um relevante estudo de coorte americano de 2020, concluiu que, com base nas evidências disponíveis até o momento, é improvável que a duloxetina seja um teratôgeno importante, mas pode estar associada a um risco aumentado de hemorragia pós-parto e a um pequeno aumento do risco de malformações cardíacas. Há, ainda, alguns estudos limitados com a venlafaxina, mas esta medicação foi associada ao maior número de defeitos congênitos (particularmente cardíacos) em comparação com os ISRS, quando utilizada durante a gravidez.

Sobre a mirtazapina, estudos apontam ser segura, mas ainda com escassez de evidência. A exposição da mirtazapina na gestação foi estudada em estudo longitudinal de coorte dinamarquês, no qual não foi associada a malformações congênitas, a aborto espontâneo, a natimortos e à morte neonatal em gestações expostas ao medicamento. Já em relação a antidepressivos, como a bupropiona e a trazodona, os estudos foram pequenos e necessitam de maiores dados para seu uso na gestação.

O grupo de medicamentos dos antidepressivos tricíclicos (são exemplos: amitriptilina, nortriptilina, clomipramina, imipramina), comumente encontrados nas Unidades Básicas de Saúde, tem sido amplamente usado durante a gestação, sem aparente prejuízo ao feto. Alguns estudos mostraram uma fraca associação da clomipramina a defeitos cardiovasculares. Há dados na literatura, ademais, que associam os tricíclicos a aumento no risco de pré-eclâmpsia. O maior cuidado com esta classe medicamentosa direciona-se aos efeitos adversos maternos, que são comuns, como sonolência excessiva, constipação, ganho de peso e boca seca.

APENDICE E

4.5 MEDICAMENTOS

ESTABILIZADOR DE HUMOR

São exemplos desse grupo: ácido valpróico ou divalproato de sódio, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina. Somados ao lítio, são comumente utilizados na Psiquiatria como estabilizadores de humor no tratamento farmacológico do transtorno bipolar.

O lítio atravessa a placenta livremente, e a concentração sanguínea fetal é iguala a materna. Em virtude da imaturidade renal do feto, o *clearance* renal de lítio é diminuído, e o feto pode ter um efeito tóxico mesmo quando o nível sérico materno esteja na faixa terapêutica. Até o momento, não há evidências de aumento de risco de abortamento ou morte intrauterina em mulheres usando lítio. Na década de 70, demonstrou-se um risco aumentado de malformação cardíaca (*Anomalia de Ebstein*) em bebês expostos ao lítio no útero. Atualmente, estima-se a incidência da doença na população geral é 1:20000, em 1:1000 a 2000 nascidos expostos ao lítio, o que seria um risco 20 a 40 vezes maior. Vale ressaltar que, embora o risco relativo seja alto, o risco absoluto para malformação de *Ebstein* é baixo. O uso materno de lítio pode aumentar sinais de toxicidade neonatal com sintomas de hipotonia, letargia, arritmias, dificuldade respiratória e cianose.

No manejo do lítio no período gestacional, são necessárias algumas orientações em relação ao tratamento com lítio durante a gestação, como monitorização mensal do nível sérico, manutenção da dose mínima eficaz, divisão da dose três a quatro vezes ao dia, diminuição gradual de dose próximo ao parto, realização de ecocardiografia fetal, além de manter hidratação adequada.

A lamotrigina, considerada segura na gestação, quando em monoterapia, não se associa a defeitos congênitos, no entanto um pequeno estudo mostrou aumento 10 vezes no risco de fenda

APENDICE E

4.5 MEDICAMENTOS

ESTABILIZADOR DE HUMOR

A lamotrigina, considerada segura na gestação, quando em monoterapia, não se associa a defeitos congênitos, no entanto um pequeno estudo mostrou aumento 10 vezes no risco de fenda palatina (não confirmado por estudos maiores feitos posteriormente).

O ácido valpróico é considerado um teratógeno humano. O uso do ácido valpróico na gestação está associado a aproximadamente 10% de malformações e, quando usado no 1º trimestre de gravidez, podem-se citar defeitos de tubo neural; efeitos sobre a cognição e volume cerebral; anomalias craniofaciais; defeitos cardíacos e hipospádia. Recomenda-se maior cuidado ao prescrevê-lo para mulheres em idade fértil, discutindo os riscos de teratogenicidade e contracepção. Na França, não é permitido seu uso no Transtorno Bipolar para mulheres em idade fértil, podendo ser usado apenas como anti-epilético.

A carbamazepina também merece especial atenção, pois os estudos mostram um aumento de 2,2 a 3,3% no risco de malformações, como: espinha bífida e outros defeitos de tubo neural; anormalidades faciais; anormalidades esqueléticas; hipospádia; hérnia diafragmática; além de maior risco de hemorragia neonatal. Ademais, a carbamazepina em monoterapia está associada à redução da circunferência craniana; já exposição intrauterina à politerapia com outros anticonvulsivantes está associada ao risco de microcefalia.



APENDICE E

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, os estudos dos transtornos psiquiátricos em interface com a gestação apontam para a importância da intervenção precoce. Em relação aos psicofármacos, são necessárias mais pesquisas para que haja uma melhor consideração dos efeitos e da segurança ao feto.

A informação dos riscos e benefícios do tratamento medicamentoso deve ser compartilhada em todo o processo de assistência perinatal, por meio da relação médico-paciente, podendo também estender-se a familiares da gestante. Entendemos que não há escolha sem risco, no entanto, conforme aumenta a severidade do transtorno mental, mesmo em quadro gestacional, o benefício supera o risco comparativamente. O maior objetivo é promover assistência em saúde adequada a mãe e ao bebê.



APENDICE E

6. REFERÊNCIAS

1. ALMGREN, M.; KÄLLÉN, B.; LAVEBRATT, C. Population-based study of antiepileptic drug exposure in utero—Influence on head circumference in newborns. **Seizure: the journal of the British Epilepsy Association**, v. 18, n. 10, p. 672–675, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1059131109001848> Acesso em 10 ago 2023
2. Associação Médica Brasileira (AMB). Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Associação Brasileira de Psiquiatria Projeto Diretrizes. **Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina**. São Paulo, Brasília: AMB/CFM; 2013. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/abuso-e-dependencia-dos-benzodiazepinicos.pdf/
3. Antenatal and Postnatal Mental Health: **The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance**. NICE National Collaborating Centre for Mental Health. Leicester (UK): British Psychological Society; 2007. PMID: 21678630. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678630/>
4. ARAUJO, D. M. R. et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 219–227, 1 fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2010.v26n2/219-227/>
5. AUSTIN, M. P.; LEADER, L. Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. **The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 331–337, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11065043/>

APENDICE E

6. REFERÊNCIAS

6. BILSZTA, J. L. C. et al. Primary care physician's attitudes and practices regarding antidepressant use during pregnancy: a survey of two countries. **Archives of women's mental health**, v. 14, n. 1, p. 71–75, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21116666/>
7. BORBA, P. et al. Common mental disorders in mothers vs. infant and obstetric outcomes: a review. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 171–177, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-662830>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica. Diretrizes para organização da Atenção Básica**. Brasília: MS; 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Lei 8080**. 19 de setembro de 1990.
11. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: MS; 2011.
12. BYATT, N.; DELIGIANNIDIS, K. M.; FREEMAN, M. P. Antidepressant use in pregnancy: a critical review focused on risks and controversies. **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 127, n. 2, p. 94–114, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006272/>
13. CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de psiquiatria clinica**, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/>

APENDICE E

6. REFERÊNCIAS

14. CANTILINO, A. et al. Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil)**, v. 36, n. 2, p. 106–110, 2014 Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZZVV6pLBP7VGGC9qRyhKLhz/?lang=en>
15. COSTA, D. O. et al. Mental disorders in pregnancy and newborn conditions: longitudinal study with pregnant women attended in primary care. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 3, p. 691–700, 2018. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29538550>
16. CHISOLM, M. S.; PAYNE, J. L. Management of psychotropic drugs during pregnancy. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 532, p. h5918, 2016 Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791406/>
17. COIMBRA, V. C., Oliveira M.M., Vila, T. C., & Almeida M. C. (2007). A Atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 07, Goiânia, 113 – 111.
18. COHEN, L. S. et al. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. **Archives of women's mental health**, v. 7, n. 4, p. 217–221, 2004. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15338315/>
19. EINARSON, A.; DAVIS, W. Barriers to the pharmacological treatment of women with psychiatric disorders during pregnancy and breastfeeding: results of a survey. **Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada [Journal of obstetrics and gynaecology Canada]**, v. 35, n. 6, p. 504–505, 2013. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870771/>

APENDICE E

6. REFERÊNCIAS

20. ENATO, E.; MORETTI, M.; KOREN, G. The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. **Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada [Journal of obstetrics and gynaecology Canada]**, v. 33, n. 1, p. 46–48, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21272436/>
21. FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: Depression and Anxiety during Pregnancy. **Archives of women's mental health**, v. 12, n. 5, p. 335–343, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468824/>
22. FDA- **Food and Drug Administration (FDA)** 2014 Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/labeling-information-drug-products/pregnancy-and-lactation-labeling-drugs-final-rule>
23. FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139G-149G, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302553/>
24. HUYBRECHTS, K. F. et al. Maternal and fetal outcomes following exposure to duloxetine in pregnancy: cohort study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 368, p. m237, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m237>
25. KIM, D. R. et al. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. **Archives of women's mental health**, v. 16, n. 6, p. 475–482, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23934018/>

APENDICE E

6. REFERÊNCIAS

26. LUCCHI, T. K. et al. Maternal depression and offspring's cortisol concentrations in a Brazilian sample. **Psico (Porto Alegre)**, p. 140–147, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797836>
27. MCALLISTER-WILLIAMS, R. H. et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. **Journal of psychopharmacology (Oxford, England)**, v. 31, n. 5, p. 519–552, 2017.
28. OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; SILVER, L. D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciencia & saude coletiva**, v. 9, n. 4, p. 987–996, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WbzF8x36BkvdTFHnTM9KLRS/>
29. PAYNE, J. L. Psychopharmacology in pregnancy and breastfeeding. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 40, n. 2, p. 217–238, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477649/>
30. PEREIRA, P. K. et al. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. **Cadernos de saude publica**, v. 27, n. 12, p. 2287–2298, 2011. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-610711>
31. RAHIMI, R.; NIKFAR, S.; ABDOLLAHI, M. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials. **Reproductive toxicology (Elmsford, N.Y.)**, v. 22, n. 4, p. 571–575, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16720091/>
32. ROCHA, R. et al. Medicamentos na gravidez e na lactação: novas normas da FDA. **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 5, n. 5, p. 28–31, 2015. RENNÓ Junior J, Ribeiro HL. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2012. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/159>

APENDICE E

6. REFERÊNCIAS

33. RENNÓ Jr, Joel. et al. **Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide**. 1st ed. Springer, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8>.
34. SCHORETSANITIS, G. et al. The impact of pregnancy on the pharmacokinetics of antidepressants: a systematic critical review and meta-analysis. **Expert opinion on drug metabolism & toxicology**, v. 16, n. 5, p. 431–440, 2020
Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323120/>
35. WIKNER, B. N. et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 16, n. 11, p. 1203–1210, 2007. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17894421/>
36. WOODY, C. A. et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Journal of affective disorders**, v. 219, p. 86–92, 2017. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531848/>

ANEXO 1

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE MENTAL DE GESTENTES NA ATENÇÃO BÁSICA DE TERESINA-PI" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo às pesquisadoras: **ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS E BÁRBARA HAMEDY CARVALHO QUEIROZ ARAGÃO** acesso às Unidades Básicas de Saúde para realização de entrevistas com os médicos da Estratégia Saúde da Família que realizam pré-natal.

Teresina, 30 de setembro de 2021.


 Andréia Alves de Sousa Silva
 Fundação Municipal de Saúde
 Comissão de Ética em Pesquisa da
 Fundação Municipal de Saúde

ANEXO 2

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



MEMO CEP/FMS N ° 02/2022

Teresina, 30 de janeiro de 2022.

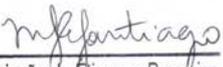
Da: Comissão de Ética em Pesquisa - CEP/FMS

Para: Unidades Básicas de Saúde.

Assunto: Apresentação dos pesquisadores.

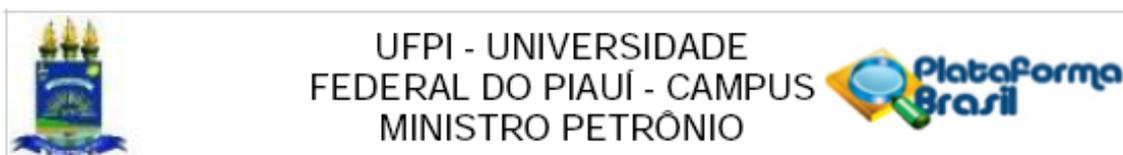
Informamos que o projeto de pesquisa: "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESINA-PI" será realizado pelas pesquisadoras: ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS E BÁRBARA HAMEDY CARVALHO QUEIROZ ARAGÃO. As quais solicitam acesso à Unidade Básica de Saúde para realização de entrevistas com profissionais médicos que realizem pré-natal.

Obs. Diante da situação de pandemia do coronavírus, solicitamos aos pesquisadores que reforcem os cuidados necessários a evitar a transmissão.



Comissão de Ética em Pesquisa
Fundação Municipal de Saúde
Maria Luci Esteves Santiago

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESINA-PI

Pesquisador: ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53394421.0.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 5.179.977

Apresentação do Projeto:

Resumo:

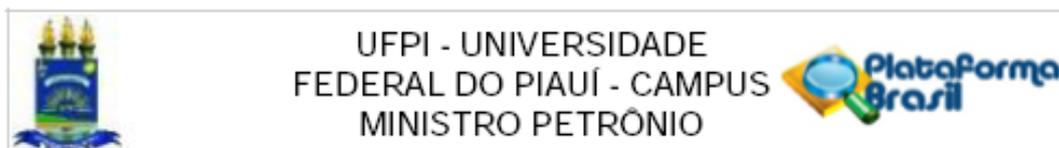
Introdução: As alterações na vida da mulher gestante vão além do corpo, podendo até surgir doenças psiquiátricas, como ansiedade e depressão. O adoecimento psíquico, nesse período, traz muitos julgamentos, e a falta de suporte adequado faz com que muitas mulheres sofram sozinhas. Portanto, o cuidado em saúde mental, na gestação, não deve ser desprezado, sobretudo em pacientes que já possuem acompanhamento psiquiátrico prévio a gestação. A discussão e a decisão acerca do tratamento psiquiátrico deve envolver uma boa relação medico-paciente, o suporte familiar da gestante, bem como a presença da equipe multiprofissional de pre-natal capacitada para atender as demandas desse grupo de pacientes. **Objetivo:** Avaliar a assistência em saúde mental a mulheres gestantes dos profissionais médicos da Atenção básica de Teresina-PI. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, com pesquisa situacional e como proposta de produto para Mestrado Profissional, será elaborado um fluxograma de atendimento e manejo clínico de gestantes da Atenção Básica com transtornos mentais.

Introdução:

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase da vida da mulher que precisa ser avaliada com especial

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	

Página 01 de 06

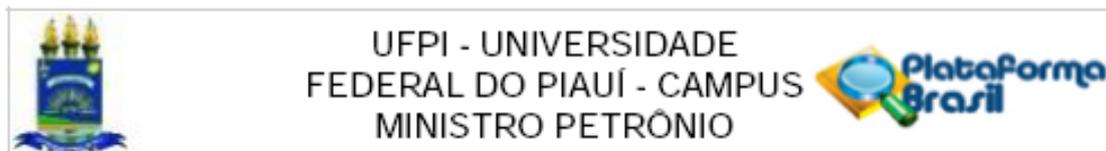


Continuação do Parecer: 5.179.977

atenção, por englobar inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que podem refletir diretamente na saúde mental (LIMA, 2017). A gestação e o puerpério, nesse sentido, são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas na saúde mental ou para a sua exacerbção, antes e depois do parto (COSTA, 2018). Com efeito, dados internacionais revelam que 25% das gestantes vivenciam alterações de saúde mental com sintomas ansiosos ou depressivos, e 70% das que apresentam depressão pré-natal permanecem em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos, caso não recebam orientação e apoio especializados (LUCCI, 2016). Não obstante, os limites entre as alterações normais (fisiológicas) e as modificações de caráter patológico, incluindo as psiquiátricas, podem ser tênues, ao ponto de gerarem dúvidas importantes no manejo clínico por parte da equipe de assistência à gestante, incluindo os profissionais da atenção primária em saúde. Em outras palavras, a percepção e o manejo dos sintomas psiquiátricos na gestação estão longe de receber a devida conduta dos profissionais médicos que atendem na fase de pré-natal, por inúmeros motivos a serem avaliados, o que torna a questão preocupante, notadamente porque pode haver consequências negativas tanto para a mãe como para o bebê (LUCCI, 2016). Bem por isso, o tema vem recebendo especial destaque, e estudos realizados nos últimos anos têm procurado mapear os fatores de risco para os transtornos psiquiátricos nessa fase, permitindo, com isso, melhores diagnóstico e tratamento (CAMACHO, 2016). De igual modo, o Ministério da Saúde frisa a necessidade de se conceder à mulher gestante assistência integral, disponibilizando a ela e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, com fortalecimento do vínculo materno-infantil. Ou seja, devem ser atendidas as reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2012). Diante do quadro descrito de relevância dos transtornos mentais no período gestacional e da importante figura do profissional de assistência à mulher, no papel de orientar, acolher e atender integralmente a saúde da gestante emergiu o seguinte problema de pesquisa: como os fatores associados à educação médica podem influenciar nas práticas satisfatórias de Atenção de Saúde mental às gestantes no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Teresina/ PI? Dessa forma, será realizado o levantamento de dados e informações a respeito da situação do manejo clínico por parte das equipes de assistência médica a gestantes de pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde do município. Com esse mapeamento, sugerirá a adoção de um fluxograma objetivo e didático que auxilie na melhor condução na orientação médica dos casos de gestantes com transtorno mental. Com isso, buscar-se-á a promoção de uma saúde pública mais eficiente,

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	

Página 02 de 06



Continuação do Parecer: 5.179.977

integral e equânime (princípio da equidade), capaz de contemplar, de fato, o bem-estar da gestante e do neonato.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos:

- Profissionais médicos com vínculos ativos que atuem na Atenção Básica em Teresina- PI.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos:

- Profissionais que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE);
- Profissionais cujos dados enviados pelo formulário sejam insuficientes ou incompletos;

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a assistência em saúde mental a gestantes dos profissionais médicos da Atenção básica de Teresina-PI

Objetivo Secundário:

- Levantar indicadores de conhecimento do uso de psicofármacos em mulheres no período gestacional, por parte dos profissionais entrevistados.
- Detectar os principais fatores de dificuldade no acompanhamento pré-natal de gestantes com transtornos mentais e/ou em uso de medicações psicofármacos.
- Elaborar um fluxograma de atendimento a gestante com transtorno mental na Atenção Básica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

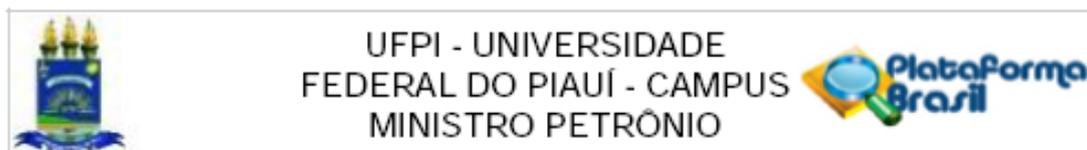
Os riscos desta pesquisa serão mínimos, os possíveis riscos de constrangimento dos participantes, será contornado com a autoaplicação do instrumento de coleta de dados. Além disso, será assegurado o respeito pela dignidade humana, anonimato e autonomia dos participantes, assim como o sigilo das informações coletadas. Ressalta-se, ainda, que este tipo de estudo não ocasiona qualquer tipo de dano, seja patrimonial, moral ou estético.

Benefícios:

Como benefícios, o projeto trará o conhecimento sobre a realidade da assistência pré-natal de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI		
Bairro: Ininga	CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA	
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Página 03 de 06



Continuação do Parecer: 5.179.977

baixo risco de gestantes com transtornos mentais feita no município da pesquisa. Além disso, serão elucidadas quais as principais dificuldades dos profissionais no manejo diagnóstico e terapêutico na gestação e puerpério dos casos que são de assistência dos profissionais da Atenção Básica. Os dados colhidos servirão para criação de um fluxograma de atendimento clínico na rede municipal de saúde, contemplando uma saúde coletiva eficiente, integral e equânime (princípio da equidade) a fim de contribuir no planejamento de políticas públicas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível do mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI), tem com pesquisador principal Rosimeire Ferreira dos Santos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Procolo apto a ser desenvolvido

Considerações Finais a critério do CEP:

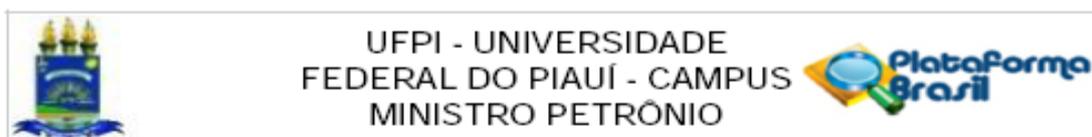
Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/UFPI (<https://www.ufpi.br/orientacoes-cep>).

Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Página 04 de 06



Continuação do Parecer: 5.179.977

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1844340.pdf	17/11/2021 22:30:13		Aceito
Outros	declaracaopandemia.pdf	17/11/2021 22:27:31	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curiculolattes.pdf	17/11/2021 22:18:47	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculattes.pdf	17/11/2021 22:18:18	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	17/11/2021 22:16:14	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	17/11/2021 22:13:44	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	29/10/2021 21:01:27	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	INSTRUMENTOCOLETADADOS.pdf	29/10/2021 21:00:21	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	29/10/2021 20:58:01	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	DeclaracaoAnuenciaFMS.pdf	29/10/2021 20:47:41	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/10/2021 20:41:45	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadores.doc	29/10/2021 20:41:34	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_plataforma.docx	29/10/2021 20:39:13	ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Página 05 de 06



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 5.179.977

TERESINA, 20 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Emidio Marques de Matos Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br