

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA
CAMPOS ITABIRA**

**JULIA MARINA FERREIRA DIAS
JULIA MARTINS DOS SANTOS**

USO DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

**ITABIRA
2022**

JULIA MARINA FERREIRA DIAS
JULIA MARTINS DOS SANTOS

USO DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Farmácia do Centro Universitário Una como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof.^a. Ms. Semíramis Domingues Diniz.

**ITABIRA
2022**

USO DE ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO USE OF ANXIOLYTICS AND ANTIDEPRESSANTS IN PREGNANCY AND LACTATION

RESUMO

Nos períodos da gestação e lactação, as mulheres necessitam de uma atenção especial, uma vez que, encontram-se em uma situação de maior vulnerabilidade já que passam por uma série de transformações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social. Devido a isto, algumas desenvolvem transtornos mentais como a depressão e ansiedade, o que torna o uso de psicofármacos, por muitas vezes, necessário. Com isso foi utilizado a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) da cidade de Barão de Cocais classificando os ansiolíticos e antidepressivos quanto ao risco no uso na gestação e lactação. Nestas situações, deve-se levar em conta o risco benefício da utilização dos fármacos psicotrópicos por serem medicamentos que podem acarretar efeitos adversos tanto para a mãe, feto e para o bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Psicofármacos, ansiolíticos, antidepressivos, gravidez, lactação, depressão, ansiedade.

ABSTRACT

During pregnancy and lactation, women need special attention, since they are in a situation of greater vulnerability as they undergo a series of physical, hormonal, psychological and social changes. Because of this, some develop mental disorders such as depression and anxiety, which makes the use of psychotropic drugs often necessary. With this, the REMUME (Municipal List of Essential Medicines) of the city of Barão de Cocais was used, classifying anxiolytics and antidepressants as to the risk of use during pregnancy and lactation. In these situations, the risk benefit of using psychotropic drugs must be taken into account, as they are drugs that can cause adverse effects for both the mother, fetus and baby.

KEYWORDS: Psychopharmaceuticals, anxiolytics, antidepressants, pregnancy, lactation, depression, anxiety.

INTRODUÇÃO

Os ansiolíticos e antidepressivos representam medicamentos de extrema importância para o reestabelecimento da saúde mental, principalmente, quando se trata de ansiedade e a depressão. E no mundo em que vivemos atualmente, passando por uma pandemia, estresse e cobranças do cotidiano o uso desses psicofármacos aumentou consideravelmente. No entanto, deve haver certos cuidados em relação ao consumo desses medicamentos, pois podem apresentar efeitos adversos.

Os benzodiazepínicos é a classe dos ansiolíticos mais prescrita pelo médico, eles atuam com tamanha eficácia no combate da ansiedade, insônia, agressividade e convulsões, dentre outras ações, pois agem como depressores sobre o sistema nervoso central (LEONARDI et al., 2017).

Os antidepressivos tricíclicos na década de 80 eram eficazes, mas pela sua inespecificidade da ação farmacológica apresentavam muitos efeitos adversos e em casos de superdosagem eram consideráveis letais. Atualmente os efeitos adversos ainda existem, mas são mais toleráveis, tais como: boca seca, tonturas, sudorese, sedação e tremores. (MORENO et al. 1999).

Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina são fármacos resultantes de pesquisas para encontrar medicamentos que fossem eficazes quanto os tricíclicos, mas que resultasse em mais segurança e menos efeitos adversos. Isto não significa que não possam apresentar alguns efeitos como: cefaleia, diminuição do apetite e do desejo sexual, dentre outros (MORENO et al. 1999).

Em certos períodos na vida da mulher, como os da gestação e do puerpério, precisa ser monitorada e avaliada com maior cuidado, pois envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes (CAMACHO et al., 2006).

Muitas gestantes se sentem ansiosas devido aos fatores relacionados à possíveis distúrbios no desenvolvimento neonatal, traumas no nascimento, mudanças no corpo (DEKLAVA et al., 2015). Inseguranças relacionada à gestação; gravidez não planejada; falta do parceiro ou apoio familiar; puerpério, por exemplo, (DEKLAVA et al., 2015) podem desencadear a depressão. Por isso, muitas precisam manter ou iniciar o tratamento com ansiolíticos e/ou antidepressivos (CAMACHO et al., 2006).

A decisão de se indicar um tratamento farmacológico deverá levar em conta a gravidade da saúde mental da mãe ser maior que o risco potencial de efeitos adversos

para o feto ou ao bebê, já que não são todas as classes de psicofármacos indicadas para gestantes e lactantes (COSTA, REIS, COELHO, 2014).

Diante disto, faz se necessário, um estudo sobre o uso de psicofármacos principalmente nos períodos de gestação e lactação, pois, estes medicamentos precisam ser avaliados quanto ao risco benefício na saúde da mulher, feto e bebê.

OBJETIVO

Revisão da literatura com o tema: “uso de ansiolíticos e antidepressivos na gravidez e lactação”, utilizando os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos encontrados na Remume da cidade de Barão de Cocais, classificando os quanto ao risco para gestantes e lactantes.

METODOLOGIA

Para realização deste trabalho, foi feita revisão de literatura utilizando as palavras-chave: Psicofármacos, ansiolíticos, antidepressivos, gravidez, lactação, nos bancos de dados Scielo, Lilacs, Google acadêmico, PubMed e Bireme. Nestes bancos, foram selecionados alguns artigos que tratam sobre o assunto.

Utilizando como referência a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) da cidade de Barão de Cocais sendo seis destes medicamentos encontrados na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), foi realizada a classificação de risco, para gestantes e lactantes, que fazem uso dos ansiolíticos e antidepressivos. Para essa etapa, foi utilizado a classificação da FDA é a sigla de Food and Drug Administration, que significa Administração de Comidas e Remédios. A FDA é um órgão do governo dos Estados Unidos, criado em 1862, com a função de controlar os alimentos e medicamentos, através de diversos testes e pesquisas e o manual “amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias e a indicação clínica dos medicamentos” produzido pela secretaria da atenção à saúde, departamento de ações programáticas e estratégicas do Ministério da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Barão de Cocais é um município brasileiro no estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Sua população estimada em 2021 era de 33.232 habitantes. Possui, atualmente, para atender a população: 01 Farmácia de Minas; 10 ESF's (Estratégia Saúde da Família); 01 Hospital; 01 UPA (Unidade de Pronto Atendimento); 01 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Psicofármacos durante a gravidez

Quando se opta em oferecer tratamento com psicofármacos às gestantes, a interação entre paciente, obstetra e psiquiatra tem que ser constante, levando em conta o risco-benefício para aquela situação (CAMACHO et al., 2006).

Nos três primeiros meses de gestação sempre que possível, deve-se evitar a prescrição de psicofármacos, mas caso haja necessidade o uso, precisa ser em doses mínimo(COSTA,REIS,COELHO,2010).

Pois segundo a FDA (Food and Drug Administration), estes fármacos atravessam a barreira placentária expondo ao feto a algum grau de risco como: efeitos teratogênicos, a toxicidade neonatal e os efeitos comportamentais e do desenvolvimento (COSTA, REIS, COELHO, 2010).De acordo com o levantamento sobre o consumo de medicamentos psicotrópicos no Brasil, realizado em 2005, que contou com a participação de 7939 indivíduos em 108 cidades do País, as mulheres acima de 35 anos são as maiores consumidoras de benzodiazepínicos (CARLINI et al., 2005). Na pesquisa realizada por Mengue et al. (2011), foram entrevistadas 5.564 gestantes em seis cidades brasileiras. Destas, 32 (0,6%) relataram administrar benzodiazepínicos durante a gestação.

Os medicamentos podem ser classificados conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez. No quadro 1, temos a classificação adotada pelo Food and Drug Administration (FDA – Estados Unidos), que enquadra os medicamentos em cinco categorias de acordo com o risco para gestantes.

Quadro 1: Classificação de risco de uso de medicamentos na gravidez, segundo FDA

Categoria	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.
	Estudos em animais não revelaram evidências de danos ao feto; no entanto, não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas que não demonstraram risco para o feto.
C	Risco não pode ser excluído.
	Estudos em animais mostraram um efeito adverso e não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D	Evidência positiva de risco.
	Estudos, bem controlados ou observacionais adequados, em mulheres grávidas demonstraram um risco para o feto. No entanto, os benefícios da terapia podem superar o risco potencial.
X	Contraindicado na gravidez.
	Estudos, bem controlados ou observacionais adequados, em animais ou mulheres grávidas demonstraram evidências positivas de anormalidades fetais. O uso do produto é contraindicado em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar.

Fonte: Classificação das substâncias químicas de acordo com o seu potencial teratogênico. Segundo o FDA (Food and Drug Administration – EUA), 2022.

Nos quadros 2 e 3, foram classificados os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos disponíveis no município de Barão de Cocais, quanto ao risco de uso na gravidez. Foi utilizado a classificação do FDA.

Quadro 2: Classificação de risco de uso de ansiolíticos na gravidez

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GRAVIDEZ _ FDA
Alprazolam 1mg	Benzodiazepínicos	D
Bromazepam 6mg	Benzodiazepínicos	D
Clonazepam 2mg	Benzodiazepínicos	C
Clonazepam 2,5 mg/ml	Benzodiazepínicos	C
Diazepam 5 mg	Benzodiazepínicos	C
Diazepam 10 mg	Benzodiazepínicos	C

Fonte: Elaboração das autoras utilizando a classificação do FDA, 2022.

Quadro 3: Classificação de risco de uso de antidepressivos na gravidez

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GRAVIDEZ _ FDA
Amitriptilina 25 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Amitriptilina 75 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Citalopram 20mg.	ISRS	B
Clomipramina 10 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Clomipramina 25 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Escitalopram 20mg	ISRS	B
Fluoxetina 20 mg	ISRS	C
Imipramina 25mg	Antidepressivo tricíclico	C
Nortriptilina 10 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Nortriptilina 25 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Nortriptilina 50 mg	Antidepressivo tricíclico	C
Paroxetina 20mg	ISRS	D
Sertralina 50mg	ISRS	C

Fonte: Elaboração das autoras utilizando a classificação do FDA, 2022.

*ISRS: Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

Os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos, são fármacos utilizados como auxiliares no tratamento da ansiedade, agitação, estabilizador de humor e problemas com sono (COSTA, REIS, COELHO, 2010).

A princípio, o uso de benzodiazepínicos não está recomendado no primeiro trimestre da gravidez em virtude da evidência de associação com a condição de fenda palatina (SOARES, 2003). É também, contraindicado o uso no final do terceiro trimestre pelo risco de sintomas de abstinência no bebê e de síndrome do lactente frouxo (SOARES, 2003).

Quando necessário o uso, os benzodiazepínicos de meia vida curta e com ausência de metabolitos ativos são os mais indicados na gestação, sendo o lorazepam a primeira escolha e em seguida o alprazolam. Este tem maior associação com os casos de fenda palatina e a síndrome de abstinência mais aguda (PHEULA, et al., 2002).

A segurança no uso de antidepressivos tricíclicos vem sendo estabelecida ao longo dos anos (CAMACHO et al., 2006). Dentre estes fármacos, a nortriptilina tem

sido a escolha durante a gestação devido aos seus efeitos hipotensores e anticolinérgicos baixos (COSTA, REIS, COELHO, 2014).

Já os ISRS, a paroxetina, no primeiro trimestre de gestação, mostrou um pequeno aumento na chance de desenvolver onfalocele (abertura na parte central da parede abdominal na altura do umbigo, onde permite que o intestino se projete através dela), craniossinostose (doença que causa o fechamento precoce das linhas de sutura que unificam as placas ósseas do crânio), gastrosquise (abertura anômala da parede abdominal mas que fica próxima ao umbigo, onde permite que o intestino se projete através dela) e anomalias cardíacas, principalmente, a obstrução do fluxo ventricular direito. Seu uso, em altas doses no início da gestação, também pode acarretar aumento dos casos de defeitos congênitos em geral (SOUZA, CECHINEL, 2013).

O uso da fluoxetina no início da gestação foi associado a um risco maior do desenvolvimento de craniossinostose. Já o citalopram, quando usado em altas doses, pode elevar o risco da craniossinostose, onfalocele e também de anencefalia (defeito na formação do tubo neural) (SOUZA, CECHINEL, 2013).

O uso da sertralina no primeiro trimestre de gestação apresentou uma fraca associação com o desenvolvimento de defeitos no septo cardíaco, anencefalia e onfalocele em neonatos. (SOUZA, CECHINEL, 2013).

Psicofármacos na lactação

O leite materno pode conter, mesmo que em pequenas doses, medicamentos que são ingeridos pela mãe. A utilização de psicofármacos não possui contraindicação absoluta na lactação. Portanto, o uso deve ser baseado na análise de risco/benefício. Aspectos a serem avaliados englobam: os benefícios da amamentação, o impacto do transtorno mental da mãe não tratada no desenvolvimento da criança, os desejos da mãe e os efeitos da doença sobre ela. Da mesma forma, é relevante discutir sobre os efeitos ao se expor, a longo prazo, um lactante a essas drogas (PHEULA et al., 2003).

Nos quadros 4 e 5, encontra-se a classificação dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, disponíveis no município de Barão de Cocais, quanto ao risco na lactação.

Quadro 4: Classificação de risco de uso de ansiolíticos na lactação

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO LACTAÇÃO
Alprazolam 1mg	Benzodiazepínicos	Uso incompatível com a amamentação.
Bromazepam 6mg	Benzodiazepínicos	Uso incompatível com a amamentação.
Clonazepam 2mg	Benzodiazepínicos	Uso criterioso durante a amamentação.
Clonazepam 2,5 mg/ml	Benzodiazepínicos	
Diazepam 5 mg	Benzodiazepínicos	Uso compatível com a amamentação em doses esporádicas.
Diazepam 10 mg	Benzodiazepínicos	

Fonte: Elaboração das autoras com adaptação do manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”, 2ª edição. Ministério da Saúde, 2022.

Quadro 5: Classificação de risco de uso de antidepressivos na lactação

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO LACTAÇÃO
Amitriptilina 25 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Amitriptilina 75 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Citalopram 20mg.	ISRS	Uso compatível com a amamentação.
Clomipramina 10 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Clomipramina 25 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Escitalopram 20mg	ISRS	Uso compatível com a amamentação.
Fluoxetina 20 mg	ISRS	Uso compatível com a amamentação.
Imipramina 25mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Nortriptilina 10 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Nortriptilina 25 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Nortriptilina 50 mg	Antidepressivo tricíclico	Uso compatível com a amamentação.
Paroxetina 20mg	ISRS	Uso compatível com a amamentação.
Sertralina 50mg	ISRS	Uso compatível com a amamentação.

Fonte: Elaboração das autoras com adaptação do manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”, 2ª edição. Ministério da Saúde, 2022.

O uso prolongado de benzodiazepínicos de meia vida longa pode ocasionar acúmulo de metabolitos ativos (PHEULA et al., 2003), sendo recomendadas doses baixas e únicas (CAMACHO et al., 2006).

Os antidepressivos tricíclicos apresentam níveis séricos baixos ou indetectáveis no leite materno, supondo que a amitriptilina, imipramina e nortriptilina sejam mais seguras para serem prescritas (PHEULA et al., 2003).

Dos ISRS, a sertralina e paroxetina são considerados quase indetectáveis no sangue neonatal sendo assim, a primeira escolha. Já o uso da fluoxetina tem mostrado alguns efeitos adversos como dificuldade para dormir, choro incontrolável, dificuldade para sugar no bebê (NOMURA, SILVA, 2007).

No quadro 6, encontrasse os principais efeitos adversos para o feto e bebê causados pelo uso de ansiolíticos e antidepressivos.

Quadro 6: Efeitos adversos dos ansiolíticos e antidepressivos no feto e bebê

Benzodiazepínicos

Os efeitos adversos neonatais observados, foi no uso dos medicamentos em doses altas e por tempo prolongado no período gestacional. Esse uso pode levar ao aparecimento de sintomas como abstinência (hipertonia, hiper-reflexia, irritabilidade, inquietação, choro inconsolável, tremores de extremidades, bradicardia, cianose, dificuldade de sucção, apneia, diarreia, vômitos e restrição de crescimento), que podem aparecer em poucos dias ou até 3 semanas após o nascimento e durar por alguns meses. Se usada próximo ao parto, pode levar a síndrome “floppy baby”, que consiste em hipotonia, hipotermia, letargia, depressão respiratória e dificuldades de alimentação (BERTON et al., 2011).

Antidepressivos Tricíclicos

Os fetos expostos ao uso dos antidepressivos tricíclicos no primeiro trimestre da gravidez não demonstraram aumento na incidência de defeitos congênitos, ou em alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e na inteligência dessas crianças. Observa-se, porém, nos recém-nascidos, alguns sintomas que podem ser considerados característicos de síndrome de abstinência como tremores, irritabilidade, taquipneia, cianose e cólica. (BERTON et al., 2011).

Inibidores Seletivos Da Recaptação Da Serotonina (ISRS)

O uso da paroxetina alerta sobre um possível aumento de defeitos cardíacos em fetos expostos. Há evidências também, de síndrome de abstinência neonatal como dificuldades respiratórias, irritabilidade, letargia e tremores, mostrando que a paroxetina está associada, com mais frequência, à ocorrência desses sintomas do que os demais IRSS.

Há uma possível associação do uso de ISRS com hipertensão pulmonar persistente no neonato, mas somente quando usados após a 20^o semana de gestação. Observou-se também, a ocorrência de efeitos neonatais transitórios leves após a exposição aos inibidores da recaptação da serotonina no final da gestação. Estes efeitos incluem sinais de alteração de sistema nervoso central (tremores, irritabilidade, hiper-reflexia, alteração de sono, choro excessivo), alterações motoras (aumento de tônus muscular), respiratórias e gastrintestinais, normalmente são leves e desaparecem em 2 semanas. Há evidências de que os IRSS, quando usados no terceiro trimestre, podem acarretar um risco aproximadamente 6 vezes maior de ocorrer hipertensão pulmonar persistente neonatal (BERTON et al., 2011).

Transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos

Os transtornos mentais de ansiedade e os depressivos, ocorrem com maior frequência nos períodos relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher (MARTINS, 2007), pois está se encontra vulnerável devido às suas defesas físicas e psicossociais estarem direcionadas à proteção do feto ou a vulnerabilidade do bebê. O que torna necessário, em alguns casos, o uso de ansiolíticos e antidepressivos (AMORIM, et al., 2020).

Na área da obstetrícia, a importância do reconhecimento destes transtornos deve-se tanto a gravidade quanto as consequências que podem produzir na vida da mãe e do bebê (MARTINS, 2007).

Os transtornos de ansiedade incluem patologias que compartilham características como o medo e ansiedade que, quando excessivos ou persistentes, causam danos à vida da mulher e, conseqüentemente, ao feto ou bebê (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos de ansiedade são muito comuns durante a gravidez, no parto e lactação, pois a experiência de gerar e cuidar de uma criança e é uma situação ansiogênica. O período gravídico envolve sentimentos ambíguos intensos associados a expectativas e temores, medos e desejos, sonhos e esperanças, que podem gerar conflitos que despertam quadros ansiosos (MARTINS, 2007).

Já os transtornos depressivos têm como característica a presença de humor triste, irritável ou vazio, acompanhado de alterações cognitivas que acabam afetando a capacidade do funcionamento do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Há um grande predomínio de sintomas depressivos durante a gestação se comparada a mulheres não gestantes. Cerca de 70% das grávidas apresentam sintomas depressivos leves e, aproximadamente, 10% destas mulheres desenvolvem quadros graves. Para a elaboração do diagnóstico de depressão é preciso levar em conta as seguintes informações: 1. Humor depressivo (autodesvalorização, tristeza, sentimento de culpa); 2. Redução da capacidade de experimentar prazer (MARTINS, 2007).

Embora a frequência de depressão na gestação seja alta, suicídios são considerados raros. Histórico de depressão na família, conflitos conjugais, gravidez

não desejada e antecedentes de transtornos depressivos dão existência a fatores de risco para que ocorra quadros depressivos na gestação (MARTINS, 2007).

As reações de luto que ocorrem em casos de natimortos ou de malformações congênitas merecem destaque, pois nestas situações, pode surgir pensamentos irracionais de culpa e vergonha, com base no que a mulher julga ter feito ou deixado de fazer durante a gestação. Um acompanhamento psicoterápico pode auxiliar a diminuir o risco destes transtornos e assim, prevenir manifestações semelhantes numa futura gravidez (MARTINS, 2007).

No período pós-parto, o risco de transtornos depressivos é alto principalmente, em mulheres com episódios anteriores. De modo geral, entre 5% a 20% das mulheres apresentara depressão nos primeiros seis meses após o parto. Os transtornos depressivos no puerpério são divididos em disforia pós-parto e depressão puerperal (MARTINS, 2007).

A disforia pós-parto é um episódio extremamente comum, sendo que cerca de 85% das puérperas demonstram algum grau de tristeza ou humor depressivo nos primeiros dias do pós-parto, tendo a diminuir a partir do decimo dia. Em geral, os sintomas são leves, acompanhados de irritabilidade, tensão, instabilidade emocional e sentimentos de inadequação que, por sua vez, não compromete de forma relevante o funcionamento social ou a relação da mãe com o bebê e tendo seu desaparecimento espontaneamente (MARTINS, 2007).

A depressão puerperal acomete de 10% a 20% das mulheres que deram à luz. As mulheres com episódios de depressão puerperal têm 50% chance de ter este transtorno em uma nova gestação e 30% das mulheres que já tiveram depressão antes da gestação, apresentaram depressão puerperal. A apresentação clínica deste transtorno é semelhante à dos quadros depressivos que podem ocorrer em outros momentos da vida da mulher. Iniciando, geralmente, com ansiedade, inquietude e insônia. Os sintomas centrais deste diagnostico são: humor deprimido, anedonia e ansiedade (MARTINS, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso dos psicotrópicos representam fator de risco, tanto para as gestantes, como para os fetos, assim como, para os bebês. E com a realização da classificação dos ansiolíticos e antidepressivos que fazem parte da REMUME de Barão de Cocais foi observado que estes apesar dos riscos são adequados para atender as gestantes

e lactantes pôr ser a maioria de risco B e C e também compatíveis com a amamentação. Portanto, os prescritores, precisam analisar as opções terapêuticas quanto ao risco-benefício para que seja feito uso seguro, já que existe a possibilidade de ocorrer efeitos adversos como: má formação congênita, danos ao desenvolvimento cognitivo, e também em relação ao seu comportamento.

Por essa razão, se faz necessário estudos que tragam mais informações sobre do uso seguro dos medicamentos psicotrópicos, servindo como orientação para profissionais da área da saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.5.** ed. Porto Alegre: Arned, 2014. Disponível em: <http://neuroconecta.com.br/wp-content/uploads/2019/01/DSM-5-portugues.-pdf.pdf>. Acesso em 01 jun. 2022

AMORIM et al. Avaliação do uso de psicofármacos durante o período de gravidez e lactação. **Revista INOVALE** 01, 2020. Disponível em: <https://s3.us-east-1.amazonaws.com/assets.iesvap.edu.br/resources/files/docs%20pdfs/revista-inovale/artigos/03-a190531a-diagramado.pdf>. Acesso em: 01 mar. 22

ANTON, BITENCOURT. Avaliação da segurança no uso de antidepressivos na amamentação. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. Caçador, v. 6, n. 2, p. 103-117, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/976/692>. Acesso em 08 mar. 2022

ASSEF, et al. Aspectos dos transtornos mentais comuns ao puerpério. **Revista Eletrônica Acervo Científico**. v. 29 | 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAC.e7906.2021>. Acesso em: 15 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf. Acesso em: 22 mar. 2022

CAMACHO, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (2); 92-102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/?lang=pt>. Acesso em 29 mar. 2022.

COSTA, REIS, COELHO, Uso de psicofármacos na gravidez. **Acta Obstet. Ginecol. Port.** 2010; 4(2): 101-111. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2010-2_artigo_de_revisao_3.pdf. Acesso em: 05 abr 2022.

DEKLAVA et al. Causas da ansiedade durante a gravidez. **Procedia - Social and Behavioral Science**, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815051150>
Acesso em: 08 abr 2022.

FACCINI, et al. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Teratogênese em Humanos**. p. 119-127. 2011. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Outros_Manuais/manual_teratogenez.pdf. Acesso em: 12 abr 2022

MARTINS. **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ºed. Belo Horizonte: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda; 2001.

MORENO et al. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 21, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XxBdP5vFDFbwBGDxrYPLCgC/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 03 maio 2022.

NEVES. O impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. latinoam. Enferm.** 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mzZCC5jPbCTMp9DpNsqpxpG/?format=html&lang=pt>.
Acesso em: 26 abr 2022

PHEULA et al. Mania e gravidez: implicações para o tratamento farmacológico e proposta de manejo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v 52, p. 97-107, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-366282> Acesso em: 28 abr 2022

PHEULA et al. Uso de psicofármacos na lactação: revisão e proposta de manejo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v 52, p. 413-42, 2003. Disponível em: <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386258?src=similardocs> Acesso em: 30 abr 2022

SACHDEVA et al. Uso de Drogas na Gravidez; um Ponto para Ponderar. **Indian J Pharm Sci.** 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20177448/>
Acesso em: 02 jun. 2022

SOARES. Uso de medicação psiquiátrica na gravidez. VOL. 8, N°8. 2003. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0803_2.php. Acesso em: 10 maio 2022.

SOUZA, CECHINEL. Antidepressivos na ginecologia e obstetrícia. VOL. 18, N°3-4. 2013. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano13/art0313a.php>. Acesso em: 16 maio 2022.

YAMAGUCHI, et al. Assistência Psiquiátrica no ciclo Gravídico puerperal.
Psicologia na Prática Obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri – SP,
Manole, 2007, p. 118-122. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/235661447_Assistencia_psiquiatica_no_ciclo_gravidico-puerperal. Acesso em: 24 maio 2022.