



Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência  
Trabalho de Conclusão de Curso

**ALBERTO IVO F. SOARES FILHO**

**RELATO DE CASO CLÍNICO DE UMA PACIENTE  
ADOLESCENTE GRÁVIDA COM TRANSTORNO  
PSIQUIÁTRICO E A DIFICULDADE NA DECISÃO DO PLANO  
TERAPÊUTICO**

Porto Alegre, janeiro de 2022

**ALBERTO IVO F. SOARES FILHO**

**RELATO DE CASO CLÍNICO DE UMA PACIENTE  
ADOLESCENTE GRÁVIDA COM TRANSTORNO  
PSIQUIÁTRICO E A DIFICULDADE NA DECISÃO DO PLANO  
TERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial para a Obtenção do título de Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Orientadora: Dra. Cláudia Maciel Szobot, MD, PHD

Porto Alegre, janeiro de 2022

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus professores pela sua infinita dedicação ao aprendizado, aos meus pacientes por sua contribuição inestimável em minha formação e aos meus colegas e amigos pelas experiências que compartilhamos juntos nesse ano de formação. Agradeço à professora Cláudia por me orientar nesse momento importante. Nada disso seria possível sem o apoio incondicional da minha família e dos meus melhores amigos.

## SUMÁRIO

<b>1. RESUMO</b>	<b>5</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO DO CASO</b>	<b>10</b>
<b>4. GESTÃO E RESULTADO</b>	<b>11</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>12</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>14</b>

## 1. RESUMO

- **Introdução:**

Doenças psiquiátricas são comuns em mulheres em idade fértil. A decisão de uso de psicofármacos é um desafio na prática clínica.

- **Apresentação do caso:**

Paciente de 17 anos, grávida de 12 semanas do primeiro filho, foi internada devido a risco de heteroagressão e autoagressão após discussão com os pais adotivos. Paciente foi diagnosticada com Transtorno depressivo persistente, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade predominantemente de desatento, Transtorno Opositor Desafiante e Transtorno de Conduta. Paciente com descontrole de impulso grave.

- **Gestão e resultado:**

Paciente foi avaliada por anamnese estruturada junto a mesma e seus pais, sendo feito os diagnósticos citados acima. Paciente foi tratada durante a internação com medidas comportamentais (manejo de contingência e contenção mecânica) como primeira linha para o descontrole de impulso após discussão do plano terapêutico entre a paciente, os pais e a equipe assistente, tendo em mente a gestação da paciente. Os antipsicóticos só foram usados em caso de agitação psicomotora refratária às medidas comportamentais. Paciente teve alta após 6 dias consecutivos sem agitação psicomotora registrada em prontuário.

- **Discussão:**

O tratamento de uma paciente grávida com transtorno mental é de bastante

relevância, mas com poucas evidências para o uso seguro dos psicofármacos durante a gestação. Por esse motivo, a decisão deve ser compartilhada entre a equipe médica e o paciente/família de uma forma objetiva levando em conta princípios básicos vistos na literatura.

## **2. INTRODUÇÃO**

Doenças psiquiátricas são comuns em mulheres em idade fértil. O período perinatal é um período particularmente de alto risco para transtornos depressivos, bipolares e de ansiedade. Estima-se que 1 em cada 7 mulheres apresenta um episódio depressivo durante a gravidez. O risco para recorrência de depressão na gravidez é elevado, especialmente para as mulheres que descontinuam as medicações nesse período.[1]

A doença mental materna durante a gravidez foi associada a resultados perinatais adversos, incluindo anormalidades, fetos pequenos para a idade gestacional, sofrimento fetal parto prematuro, hipoglicemia neonatal, neurodesenvolvimento e apego desordenado.[1] Além desses desfechos fetais citados, mulheres com doença mental não tratada na gravidez são menos propensas a se envolver totalmente em cuidados pré-natais, mais propensas a fazer mau uso de nicotina, álcool e outras substâncias que têm seus próprios impactos negativos, além do mais, doença mental materna não tratada tem um impacto sobre o resto da família, incluindo relacionamento com seu parceiro e quaisquer outros filhos. Depressão materna é um fator de risco para depressão paterna pós-parto. [2]

Devido a poucos estudos prospectivos rigorosamente projetados, a recomendação clínica padrão era de interromper os psicofármacos, especialmente durante o primeiro trimestre. Porém, na década passada, à medida que mais evidências se acumularam, parece que a maioria dos psicotrópicos são relativamente seguros para uso na gravidez e que não usá-los quando indicado para doenças psiquiátricas graves representa um risco maior tanto para a mãe quanto para a criança, incluindo desfechos trágicos como suicídio e infanticídio. [3]

Apesar de tudo citado acima, nenhum psicofármaco foi amplamente aprovado pa FDA para uso durante a gestação.[4], muito devido a falta de evidência forte e associações com outros efeitos adversos fetais (aqueles que promovem disfunções de órgãos e tecidos fetais após sua formação), os quais parecem ser mais frequentes do que os efeitos teratogênicos. [5]

Segue tabela das categorias por letras do FDA:

Categorias	Características da segurança do medicamento
A	.Em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal.
B	.Os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas.
C	Não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas.
D	.O fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como, por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameacem a vida, e para os quais não existem outros fármacos mais seguros
X	.Em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco

	provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de que o risco para o feto é maior do que qualquer benefício possível para a paciente
--	--

Tabela 1. [6]

Baseado na classificação da FDA e na literatura estudada para esse relato de caso, trago informações de duas classes de fármacos bastante prescritas durante a gestação, são elas: os antidepressivos da classe dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) e os antipsicóticos de primeira e segunda geração.

ISRSs & FDA	Potenciais complicações	Comentários e recomendações
Citalopram = C Sertralina = C Fluvoxamina = C Paroxetina = D Fluoxetina = C	.Aumento modesto do risco de abortoespontâneo  .Aumento modesto do risco de prematuridade e baixo peso ao nascer  .Risco não confirmado de malformação, exceto por uso aumento absoluto pequeno de malformação cardíaca pela Paroxetina  .Risco de Síndrome de Abstinência na exposição no 3 trimestre  .Evidência conflitante no aumento pequeno do risco de hipertensão pulmonar com exposição no 3 trimestre	.Classe de antidepressivos mais estudada  .Muitos estudos são confusos na indicação dos fármacos durante a gestação  .Comportamentos e fatores de riscos da doença psiquiátrica devem confundir nas associações  .Alta taxa de recaída da depressão em mulheres que descontinuem a medicação  .Grandes estudos que atentaram para o fator de confusão de doença psiquiátrica subjacente, geralmente não sugeriram aumento de riscos .Evitar uso de Paroxetina na gravidez, se possível

Tabela 2. [3]



Antipsicóticos de 1 Geração & FDA	Potenciais complicações	Comentários e recomendações
Haloperidol = C Clorpromazina = C Piperazina = C	.Não foi mostrado malformações maiores  .Associado com baixo peso ao nascer e prematuridade  .Nenhuma diferença no QI ou no comportamento e crianças expostas aos fármacos  .Exposição no 3 trimestre está associada a Síndrome de Abstinência e sintomas extrapiramidais transitórios	.Muitos estudos confundem as associações devido ao não controle das doenças psiquiátricas subjacentes  .Antipsicóticos de alta potência são preferíveis do que dos de baixa potência devido aos efeitos colaterais: sintomas anticolinérgicos, hipotensores e antihistamínicos

Tabela 3. [3]

Antipsicóticos de 2 Geração & FDA	Potenciais complicações	Comentários e recomendações
Aripiprazol = C Quetiapina = C Risperidona = C Olanzapina = C Clozapina = B Paliperidona = C Lurasidona = B Ziprasidona = C	.Não foi mostrado malformações maiores  .Pode aumentar o peso materno  .Pode aumentar o risco de diabetes gestacional  .Pode aumentar o tamanho do bebê  .Foi achado atraso de neurodesenvolvimento aos 6 meses mas resolvido até o 12 mês	.Muitos estudos são confusos na indicação dos fármacos durante a gestação  .Poucos dados disponíveis sobre a Clozapina e a Lurasidona  .Recomendado monitoramento da glicemia  .Monitoramento por ultrassonografia do tamanho do bebê no final da gestação  .Clozapina foi associada com Floppy Baby Syndrome e bebês expostos devem fazer monitoramento de agranulocitose semanalmente por 6 meses

Tabela 4. [3]

Tendo em vista toda a dificuldade na prescrição de psicofármacos durante a gravidez, alguns princípios-chaves são usados na literatura para nortear a prática clínica segura. São eles: entender a doença individual de cada mulher, discutir o caso com a mulher e o parceiro,

considerar alternativas não medicamentosas, racionalizar o tratamento existente e colaboração conjunta entre os serviços assistentes. [2]

### **3. APRESENTAÇÃO DO CASO**

Paciente de 17 anos, sexo feminino, foi internada no leito da psiquiatria da infância e adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no final de outubro de 2021 devido à tentativa de heteroagressão com faca aos seus pais e a si mesma após os mesmos tentarem acalmar a paciente após discussão via celular da adolescente com seu ex namorado. Os genitores chamaram o SAMU e a Brigada Militar, como protocolo de atendimento de agitação psicomotora, para transportar a paciente para a emergência psiquiátrica para ser internada por risco de hetero/auto agressão. Durante a intervenção da Brigada Militar, a L. chegou a dar uma cabeçada na policial.

Durante a internação, foram diagnosticados, através de anamnese estruturada com a paciente e os pais, tristeza, anedonia, irritabilidade e pensamentos passivos de morte passivo de longa data (não souberam precisar o tempo). Além dessas queixas, foram relatados pelos pais e presenciados na internação, bastante sintomas opostos, desafiadores, disruptivos (ameaças, tentativas de agressões com objetos e palavrões), baixa tolerância a frustrações, tendência à vingança e dificuldade em manter-se nas atividades de baixo prazer. Os pais ainda relataram histórico de desatenção, hiperatividade e dificuldade de aprendizagem (QI: 105). A paciente referiu, que no passado, já fugiu de casa, entrava em muitas brigas no colégio, roubou dinheiro da mãe, fez uso esporádicos de maconha e álcool, mentiras constantes e falsificação da assinatura da mãe.

Ainda na anamnese, foi dito pelos genitores que nos últimos 2 meses, os momentos de sintomas disruptivos ficaram mais presentes devido ao início da gravidez (12 semanas no

momento da internação) e situações referentes ao término do relacionamento da L. com o ex namorado, pai do bebê, pois a mesma não aceitava ser “abandonada”.

A paciente já foi consultada por vários psiquiatras e foi internada em 2015 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre devido a agitação psicomotora com risco de heteroagressão com duração de 4 meses, sem sucesso segundo os familiares. Nessas abordagens terapêuticas foram usados diversos psicofármacos: ácido valproico, lítio, aripiprazol, olanzapina, clozapina, oxcarbamazepina e fluoxetina. Os familiares informaram que aconteceram diversos efeitos colaterais e alguns desses fármacos não obtiveram qualquer resposta terapêutica.

A família não soube informar o histórico de transtornos mentais dos familiares da paciente, pois a mesma foi adotada aos 2 anos de idade

A relação entre a paciente e seus pais contribuía bastante para seus sintomas. O pai tinha uma postura mais permissiva e a mãe mais controladora. A mãe ainda acionava bastante a paciente, com falas “provocadoras” referentes a temas delicados para a paciente, como a gravidez e o término do relacionamento.

#### **4. GESTÃO E RESULTADO**

No início do tratamento, foi debatido entre a equipe assistente e a família sobre o uso de psicofármacos durante a gravidez, chegando ao consenso que seria evitado o uso de tais substâncias no primeiro trimestre devido ao período crítico de formação do feto e a oposição da família ao uso dessas drogas. Com a decisão tomada, foi montado um esquema de manejo de contingência, como primeira escolha de tratamento, em que se a paciente se mantivesse sem tentativas de hetero/autoagressão e cumprisse as regras básicas do hospital (assistir a aula via online e devolver o tablet para os pais após a aula) durante 1 dia, ganharia o reforço positivo de uso de 30 minutos de tablet em cada turno. Caso a paciente ficasse 3 dias sem

quebrar as combinações, ganharia um reforço positivo de maior intensidade escolhido pela mesma (comer na cantina do hospital e usar 1 hora mais do tablet). Para finalizar, foi acordado que se a paciente ficasse 6 dias consecutivos sem intercorrências, teria alta hospitalar. As agitações psicomotoras mais graves seriam manejadas com contenção mecânica e, se necessário, uso de Haloperidol 5 mg intramuscular. Foi realizado ainda durante a internação, Terapia Cognitivo Comportamental (ativação comportamental), psicoeducação com os pais e orientação parental.

A paciente permaneceu 1 mês internada com diversas agitações psicomotoras e quebras dos combinados, necessitando em alguns momentos de contenção mecânica e uso do Haloperidol. Porém, na última semana de internação, com os pais e a equipe multidisciplinar mais integrada, paciente não teve intercorrências por 6 dias consecutivos e obteve alta hospitalar, sem prescrição de psicofármacos e com encaminhamento para terapia de família, terapia comportamental dialética em grupo e atendimento individual com psiquiatra clínico, além das orientações de manejo para os pais.

## **5. DISCUSSÃO**

O uso de psicofármacos na gravidez ainda gera bastante dúvida e receio por parte do psiquiatra assistente, da paciente e dos familiares, devido a falta de estudos na área. É uma decisão a ser tomada de forma bilateral, médico-paciente/familiares.

O caso apresentado representa bem esse cenário, paciente grávida com diagnósticos principais de depressão e descontrole de impulso grave sem uso de medicação durante a internação após decisão conjunta entre médico e paciente/familiares.

O debate para o uso ou não uso do psicofármaco nesse caso foi norteado primeiramente pelos princípios chaves: entender a doença individual de cada paciente, discutir o caso com a paciente/familiares, considerar alternativas não medicamentosa, racionalizar o tratamento existente e colaboração conjunta entre os serviços assistentes.[2] Tendo em vista esses princípios, a história da paciente nos mostrava que o quadro clínico é de um transtorno mental de longa data refratário a diversos tipos de medicações, como citado na apresentação do caso, a paciente/familiares não gostariam de fazer uso dos psicofármacos devido a possibilidade de teratogenia e outros efeitos adversos fetais, existia a possibilidade de melhora dos sintomas alvos com o uso de psicoterapias e o serviço de Ginecologia-obstetrícia, de nutrição e de Psiquiatria da Infância e Adolescência trabalhariam juntos no caso.

No diálogo com a paciente/familiares foram apresentados os dados da literatura, baseada na referência [2] citada na introdução, onde mostrava evidências não muito claras sobre o uso totalmente seguro dos psicofármacos durante a gestação. Então a paciente/familiares continuaram com a ideia de não fazer uso de psicotrópicos no tratamento. Portanto foi optada por uma intervenção mais conservadora com uso de psicoterapias: TCC, manejo de contingência e orientação parental.

A intervenção mais conservadora demonstrou êxito pois tivemos diminuição dos sintomas de tristeza, anedonia, ideação suicida e a paciente ficou 6 dias sem ter agitação psicomotora, recebendo alta.

Este relato de caso nos mostra o quão difícil se torna a decisão para o uso ou não de psicofármacos durante a gravidez pois na literatura ainda faltam dados mais robustos que

tranquilize o psiquiatra assistente e o próprio paciente/familiares na hora da escolha terapêutica. Então, neste momento, o mais indicado é uma boa anamnese, um debate aberto entre o profissional e o paciente/familiares e a utilização das evidências existentes para tomar a decisão mais segura possível.

## 11 . REFERÊNCIAS

- [1] Betcher, Hannah K, and Katherine L Wisner. “Psychotropic Treatment During Pregnancy: Research Synthesis and Clinical Care Principles.” *Journal of women's health* (2002) vol. 29,3 (2020): 310-318. doi:10.1089/jwh.2019.7781
- [2] Romaine, Eleanor, and R Hamish McAllister-Williams. “Guidelines on prescribing psychotropic medication during the perinatal period.” *British journal of hospital medicine* (London, England : 2005) vol. 80,1 (2019): 27-32. doi:10.12968/hmed.2019.80.1.27
- [3] Chisolm M S, Payne J L. Management of psychotropic drugs during pregnancy *BMJ* 2016; 352 :h5918 doi:10.1136/bmj.h5918
- [4] CORDIOLI, Aristides Volpato; CORREIA FILHO, Alceu Gomes . *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- [5] Burkey BW, Holmes AP. Evaluating Medication Use in Pregnancy and Lactation: What Every Pharmacist Should Know. *Pediatr Pharmacol Ther.* 2013;18(3):247–58. doi: 10.5863/1551-6776-18.3.247.
- [5] Wang Z, Chan AYL, Coghill D, et al. Association Between Prenatal Exposure to Antipsychotics and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, Preterm Birth, and Small for Gestational Age. *JAMA Intern Med.* 2021;181(10):1332–1340. doi:10.1001/jamainternmed.2021.4571
- [6] Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 60, de 17 de dezembro de 2010. Estabelece frases de alerta para princípios ativos e excipientes em bulas e rotulagem de medicamentos [Internet]. 2010. [acesso em dez 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0060\\_17\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0060_17_12_2010.html)