

## Como tratar a depressão na gestação?

### Área temática:

Saúde da Mulher

### Descritores:

Gravidez; Gestantes; Depressão; Saúde Mental

A indicação de tratamento da depressão maior unipolar na gestação é estabelecida conforme a gravidade do quadro depressivo: está indicado psicoterapia em casos leves a moderados (cinco a seis sintomas depressivos e sem sinais de gravidade) e farmacoterapia em casos graves (sete a nove sintomas depressivos). Pacientes com sinais de gravidade, como risco de suicídio e sintomas psicóticos, inicialmente devem ser encaminhadas para emergência psiquiátrica.

Para pacientes com depressão maior unipolar leve a moderada, é sugerido tratamento de primeira linha com psicoterapia interpessoal (TIP) ou terapia cognitivo-comportamental (TCC). São técnicas específicas de psicoterapia que dependem da disponibilidade de um profissional treinado para essas abordagens. Caso não haja tal possibilidade na atenção primária, não ocorra resposta à psicoterapia, a paciente prefira o uso de um medicamento ou a paciente tenha tido tratamento bem-sucedido no passado com um psicofármaco, o uso de antidepressivo é uma ótima alternativa.

Para pacientes com depressão maior unipolar grave, sugere-se o uso de antidepressivo como primeira linha de tratamento, embora seja possível instituir psicoterapia de forma associada.

A escolha do fármaco, seja em casos de depressão leve, moderada ou grave, depende de haver ou não história prévia de tratamento com antidepressivo:

- Pacientes que já tiveram depressão no passado e foram tratadas com antidepressivo de forma bem-sucedida: devem, como recomendação geral, receber o mesmo antidepressivo que foi eficaz no passado. Quando não há

contraindicação, devemos preferir algum fármaco que já tenha mostrado resultados positivos.

- Pacientes que nunca utilizaram antidepressivo ou utilizaram sem sucesso no passado: sugere-se o uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) como tratamento inicial. Dentro desse grupo, levando em conta a experiência de uso e a segurança, tanto na gestação, como também no período de lactação, recomenda-se o uso da sertralina como primeira escolha. Considera-se ainda a fluoxetina, o citalopram e o escitalopram como alternativas razoáveis.

Antidepressivos tricíclicos (como imipramina, amitriptilina e nortriptilina) aparentemente não aumentam o risco de malformações congênitas, mas seu uso no terceiro trimestre pode estar associado a risco de síndromes de abstinência no recém-nascido, com sintomas como tremores, irritabilidade e dificuldade com a alimentação e o sono. Alguns estudos sugerem que os antidepressivos tricíclicos podem contribuir para complicações gestacionais, como prematuridade, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia. Estudos longitudinais, entretanto, demonstraram que crianças expostas no período intrauterino a antidepressivos tricíclicos têm inteligência global e desenvolvimento motor, comportamental e de linguagem dentro da normalidade.

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram e escitalopram) são considerados relativamente seguros durante a gestação. Esses são os fármacos mais

comumente utilizados ao redor do mundo, o que faz com que os dados sobre seu uso sejam mais robustos em comparação com as demais classes de antidepressivos. Há estudos controversos quanto ao risco de defeitos cardíacos septais entre aqueles expostos a paroxetina. Assim como os antidepressivos tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina usados durante o terceiro trimestre podem levar a complicações neonatais como agitação, irritabilidade, choro contínuo, alteração do sono e da alimentação, vômitos, diarreia, hipoglicemia, hipotermia, desconforto respiratório e tremores. Esses sintomas são geralmente leves, autolimitados e raramente duram mais do que duas semanas. O desenvolvimento a longo prazo das crianças não parece ser afetado pela exposição intrauterina a esses psicofármacos.

Outros antidepressivos, como bupropiona, venlafaxina, duloxetina e mirtazapina, também não parecem estar associados a risco de teratogenicidade. Contudo, esses psicofármacos estão há menos tempo disponíveis para uso, e o número de gestações acompanhadas é menor em comparação com os antidepressivos anteriormente citados. Assim sendo, possíveis riscos podem ainda não estar identificados em virtude do número limitado de casos acompanhados.

## Referências

- BLAYA, C.; FERRÃO Y. A.; MOTTA, G. L. Psicofármacos na gravidez e na lactação. In: CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos**: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- DYNAMED PLUS. 116051, **Antidepressant use in pregnancy and lactation** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2017 [atualizado em 25 jan. 2016]. Disponível em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116051/Antidepressant-use-in-pregnancy-and-lactation>>. Acesso em: 06 mar. 2017, via Sistema de Bibliotecas da UFRGS.
- GRIGORIADIS, S. **Mild to moderate antenatal unipolar major depression**: Treatment. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/mild-to-moderate-antenatal-unipolar-depression-treatment>>.
- GRIGORIADIS, S. **Severe antenatal unipolar major depression**: Treatment. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/severe-antenatal-unipolar-major-depression-treatment>>.
- STEWART, D.; VIGOD, S. **Risks of antidepressants during pregnancy**: Selective serotonin reuptake inhibitors. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risks-of-antidepressants-during-pregnancy-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris>>.