

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mestrado Integrado em Medicina  
Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica  
2011/2012

## **DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ**

Ana Raquel Pereira Correia

Orientador: Dr<sup>a</sup> Graça Buchner

Porto, 2012



Mestrado Integrado em Medicina  
Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica  
2011/2012

**DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ**

Ana Raquel Pereira Correia<sup>1</sup>

Orientador: Dr<sup>a</sup> Graça Buchner<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Endereço: Rua Nova da Feiteira, 188, 4415-499 Grijó, Vila Nova de Gaia, Portugal

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Largo do Prof Abel Salazar, nº2,  
4099-033 Porto, Portugal

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia Obstetrícia

Afiliação: Centro Hospitalar do Porto. Largo do Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto, Portugal

## **RESUMO**

**Introdução:** A depressão na gravidez faz parte de um espectro de doenças mentais perinatais, e é hoje encarado como um grave problema de saúde pública, uma vez que pode incorrer em consequências nefastas tanto para a mulher como para o feto. Estas consequências são evidentes tanto durante o período gestacional como no pós-parto, quando a doença não é diagnosticada atempadamente e tratada de forma adequada. No entanto, o próprio tratamento, nomeadamente o farmacológico, ainda permanece um assunto controverso, uma vez que tem sido associado a possíveis riscos para o feto.

**Objetivos:** Com este estudo pretende-se fazer uma sùmula do estado da arte em relação à temática da depressão materna no período gestacional.

**Desenvolvimento:** A exploração da temática da depressão na gravidez será inicialmente feita através de um enquadramento epidemiológico, seguindo-se a descrição dos fatores de risco. Posteriormente será abordada a problemática do rastreio da patologia, nomeadamente a utilização de escalas de rastreio, do estabelecimento do diagnóstico, possíveis complicações, e para finalizar, os tipos de tratamento existentes e possíveis riscos associados a estes.

**Conclusão:** A depressão na gravidez apresenta-se como uma temática vasta e relativamente bem estudada pela comunidade científica. Ainda assim, as conclusões de muitos estudos parecem não ser suficientemente satisfatórias face às exigências, muito devido ao facto de se tratar de uma área eticamente complexa. A prática clínica neste campo ainda exige evolução ao nível do rastreio e formas de tratamento mais adequadas, de forma a minorar o prejuízo para os intervenientes (mãe e feto) e a melhorar o sucesso terapêutico.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Depressão, Gravidez, Perinatal, Rastreio, Psicofármacos, Antidepressivos

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Depression during pregnancy is part of a spectrum of perinatal mental illness and it is today regard as a serious public health problem, since it can have negative consequences for both the women and the fetus. These consequences are evident both during pregnancy and postpartum when the disease is not diagnosed in time and treated appropriately. However, the treatment itself, particularly medication, remains controversial since it has been associated with possible harm to the fetus.

**Objectives:** This study aims to make a summary of the state of the art in relation to maternal depression during pregnancy.

**Development:** Exploring the theme of depression during pregnancy will initially be made through an epidemiological framework and by a description of risk factors. Later, will be addressed the issue of the depression screening, including the use of screening scales, the establishing of the diagnosis, possible complications, and finally, the types of treatment available and possible risks associated with these.

**Conclusion:** Depression in pregnancy is presented as a broad theme and relatively well studied by the scientific community. Still, the findings of many studies seem not sufficiently satisfactory in view of the requirements much due to the fact that is an ethically complex area. Clinical practice in this field requires further development in depression screening and most appropriate treatment options in order to minimize the loss to stakeholders (mother and fetus) and to improve the therapeutic success.

## **KEY WORDS**

Depression, Pregnancy, Perinatal, Screening, Psycotropics, Antidepressants

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

ADT – Antidepressivos Tricíclicos

AHRS - *Agency for Healthcare Research and Quality*

APA - *American Psychiatric Association*

BDI - *Beck Depression Inventory*

CES-D - *Center for Epidemiologic Study Depression Scale*

EEG – Eletroencefalograma

EPDS - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

HPP - Hipertensão Pulmonar Persistente

IMAO - Inibidores da Monoamina Oxidase

ISRS - Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

ISRSN - Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

PDSS - *Postpartum Depression Screening Scale*

PTI - Psicoterapia Interpessoal

TCC - Terapia Cognitiva-Comportamental

USPSTF- *United States Preventive Services Task Force*

## INDICE

INTRODUÇÃO .....	1
MÉTODOS.....	2
EPIDEMIOLOGIA .....	3
FACTORES DE RISCO .....	4
RASTREIO E DIAGNÓSTICO .....	5
COMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO .....	9
TRATAMENTO.....	11
TIPOS DE TRATAMENTO .....	11
Terapias Comportamentais.....	11
Farmacoterapia .....	12
Riscos da Farmacoterapia .....	13
Eletroconvulsivoterapia .....	16
Outros.....	16
ESCOLHA DO TRATAMENTO.....	16
DISCUSSÃO .....	20
CONCLUSÃO .....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período de vida da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que podem ter consequências ao nível da saúde mental. Muito embora seja aparentemente um período de felicidade, a verdade é que não invalida a ocorrência de um transtorno do humor, nomeadamente de uma depressão.

A depressão perinatal abrange episódios depressivos minor e major que ocorrem durante a gravidez ou dentro de 12 meses após o parto (Gaynes BS, 2005). Este termo, também chamado de depressão materna, abrange várias condições, nomeadamente a Depressão Pré-natal, os Baby Blues e Depressão Pós-Parto (NIHCM Foundation, 2010). A depressão pré-natal, isto é, durante a gravidez, será objeto de estudo desta revisão.

Encarada como um grave problema de saúde pública, tem-se dado cada vez mais importância à depressão na gravidez, especificamente no que diz respeito à pesquisa de fatores de risco e ao rastreio da patologia de forma a proceder-se a um diagnóstico e tratamento o mais precoce e eficaz possível.

No que diz respeito ao tratamento, ainda permanece alguma controvérsia relativamente ao risco-benefício da utilização dos psicofármacos durante a gravidez, uma vez que ainda há falta de informação em relação ao facto da depressão por si só ter consequências nefastas materno-fetais, bem como em relação aos possíveis efeitos laterais do tratamento (Li D *et al*, 2009).

Com a elaboração deste trabalho pretende-se fazer uma súmula do estado da arte em relação à patologia depressiva durante a gestação. A escolha deste tema deveu-se ao interesse pelas áreas da Obstetrícia e da Saúde Mental, com a pretensão de adquirir algum conhecimento face a esta temática. Para a consecução do trabalho, irá ser feito um enquadramento epidemiológico, seguindo-lhe a exposição dos fatores de risco, métodos de rastreio e diagnóstico, complicações e tratamento.

## MÉTODOS

Para a realização deste trabalho foi feita uma pesquisa *online* nas bases de dados PubMed e Medscape, utilizando as palavras-chave: “*pregnancy depression*”; “*prenatal depression*”, “*antidepressants in pregnancy*”. Foram analisados títulos e *abstracts* de língua inglesa. Para a escolha das referências foi dada prioridade a artigos mais relevantes e recentes. Posteriormente foram também consultados alguns artigos referenciados nos artigos da primeira pesquisa e de relevo sobre o tema. Para além disso foi consultado um livro sobre saúde mental no período perinatal e um documento publicado pelo *National Health Institute for Health Care Management Foundation* (NHIHCM Foundation) no âmbito da depressão materna.

## EPIDEMIOLOGIA

As mulheres têm uma maior predisposição para a depressão, sendo que a diferença de géneros tem sido atribuída à genética, ao papel do género na sociedade e a diferenças hormonais (Marcus S, 2009). Pelo facto das alterações hormonais levarem a mudanças de humor, a mulher poderá ter maior risco de instabilidade humoral durante a puberdade, o período pré-menstrual, o pós-parto, a perimenopausa, a seguir a um abortamento e durante a gravidez (Burt V *et al*, 2009).

Estima-se uma prevalência de depressão (minor e major) na gravidez que ronda os 8.5-11% e uma prevalência de 3.1 a 4.9% apenas para a depressão major. Para além disso, cerca de 14.5% das mulheres grávidas experienciam um novo episódio de depressão (major ou minor) durante a gestação (Gaynes BS *et al*, 2005). As taxas de prevalência da depressão na gravidez variam na literatura refletindo a variedade de instrumentos de rastreio que são usados (nomeadamente se a avaliação é feita por dados fornecidos pela própria utente ou por avaliadores treinados) (Marcus S, 2009).

Relativamente ao consumo de antidepressivos, um estudo norte-americano de 2004 sobre prescrição de fármacos na gravidez relatava percentagens de 2,2%, 1,3% e 1,4% nos primeiros, segundos e terceiros trimestres, respetivamente (Andrade SE *et al*, 2004). Outro estudo, desta vez europeu, relatava percentagens semelhantes (2,9% iniciais, 2,2% ao fim do primeiro trimestre, e 1,8% nos segundos e terceiros trimestres) (Vevers T *et al*, 2006).

## FACTORES DE RISCO

O primeiro passo para diagnosticar atempadamente uma depressão “de novo” ou não diagnosticada anteriormente é identificar as grávidas com maior risco de aparecimento desta patologia.

É conhecida a existência de uma correlação entre sintomas depressivos e fatores como: história de ansiedade ou depressão prévia, *stress*, reduzido suporte social, violência doméstica, gravidez não desejada, fatores relacionais, insegurança pública, baixo nível de escolaridade e abuso de substâncias/tabagismo (Lancaster CA *et al*, 2010). A violência doméstica, nomeadamente por parte do companheiro, o *stress* psicossocial, e a existência de duas ou mais doenças crónicas prévias à gravidez conferem um risco especialmente elevado de depressão (Melville JL *et al*, 2010). Também a idade se tem vindo a verificar ser um fator importante, uma vez que as adolescentes parecem estar potencialmente susceptíveis à depressão na gravidez (Figueiredo B *et al*, 2007).

No entanto, o fator de risco major identificado para a doença nesta fase da vida é uma história de ansiedade ou depressão, antes de engravidar ou durante outra gestação (citado por Breedlove G *et al*, 2011).

## RASTREIO E DIAGNÓSTICO

O estigma associado à depressão e a assincronia entre a expectativa de felicidade perante uma gravidez desejada e os sintomas de tristeza e irritabilidade associados à doença, fazem com que muitas mulheres desvalorizem e não manifestem o que sentem. No entanto, ao serem inquiridas sobre isso, muitas referem que quando são os prestadores de cuidados de saúde a abordarem esse assunto, tornam-se mais dispostas a procurar acompanhamento (Marcus S, 2009).

Os sintomas de uma depressão na gravidez e os desconfortos somáticos da gravidez podem estar sobrepostos e desta forma fazer o diagnóstico diferencial entre uma depressão e um desconforto natural da gravidez pode tornar-se difícil.

O primeiro passo para reconhecer e reduzir o impacto da depressão é efetuar um rastreio dirigido para a depressão logo no início da gravidez. Uma deteção precoce da sintomatologia depressiva pode facilitar um tratamento atempado, referência para um prestador de cuidados de saúde especializado e possivelmente prevenção de uma depressão major (Breedlove G *et al*, 2011).

A opinião mais recente, referente ao ano 2010, do Comité do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) em relação ao rastreio da depressão no período perinatal refere que, hoje em dia, não há dados suficientes que demonstrem eficácia de um rastreio universal em relação à depressão na gravidez e nos pós-parto, nomeadamente, uma vez que não há consenso em relação a como este deve ser feito, não havendo uma escala especialmente validada para o efeito.

Ainda assim há escalas de rastreio de depressão que podem ser utilizadas, não tendo nenhuma, no entanto, um alto grau de sensibilidade e especificidade (Gaynes BS *et al*, 2005). As escalas de depressão mais comumente utilizadas encontram-se no quadro I.

**QUADRO I: ESCALAS DE RASTREIO DE DEPRESSÃO MATERNA** (adaptado de NIHCM Foundation, 2010)

ESCALA	DESCRIÇÃO
<i>Beck Depression Inventory</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usada para detetar sintomas depressivos.</li><li>• Completada pelo doente.</li><li>• 7 itens (demora menos de 5 minutos).</li></ul>
<i>Center for Epidemiologic Study Depression Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mede sintomas e comportamentos depressivos na última semana.</li><li>• Completada pelo doente.</li><li>• 20 questões (demora cerca de 5 minutos).</li></ul>
<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Criada especificamente para identificar doentes em risco de depressão pós-parto.</li><li>• Avalia sintomas de depressão e ansiedade.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completada pelo doente.</li> <li>• 10 questões (demora 5-10 minutos).</li> <li>• É a escala mais utilizada em grávidas e mulheres no pós-parto.</li> </ul>
<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determina o nível de depressão do doente antes, durante e após o tratamento.</li> <li>• Administrada pelo clínico.</li> <li>• 21 itens mas o score é baseado nas primeiras 17 questões (demora 15-20 minutos).</li> </ul>
<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizada para medir o grau de severidade dos sintomas depressivos e a modificação na severidade dos sintomas durante o tratamento.</li> <li>• Administrada pelo clínico.</li> <li>• <i>Check-list</i> com 10 itens (demora 15 minutos).</li> </ul>
<i>Postpartum Depression Screening Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizada para identificar mulheres em grande risco para depressão pós-parto.</li> <li>• Completada pelo doente.</li> <li>• Questionário de 35 itens (demora 5-10 minutos)</li> </ul>
<i>Patient Health Questionnaire – 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duas questões relacionadas com o humor: 1) <i>Durante as duas semanas anteriores, sentiu-se em baixo, depressiva ou sem esperança?</i> 2) <i>Durante as duas semanas anteriores, sentiu pouco interesse ou prazer em fazer coisas?</i></li> <li>• Completada pelo doente e administrado pelo clínico (demora menos de um minuto).</li> <li>• A um resultado positivo deve seguir-se uma escala mais abrangente.</li> <li>• Utilizada pela ACOG e pela <i>United States Preventive Services Task Force</i> (USPSTF).</li> </ul>
<i>Patient Health Questionnaire-9</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizada no rastreio da depressão e na monitorização da severidade dos sintomas durante o tratamento.</li> <li>• Completada pelo doente.</li> <li>• Questionário com 9 itens (demora cerca de 5-10 minutos).</li> </ul>
<i>Postpartum Depression Screening Scale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizada para identificar mulheres em grande risco para depressão pós-parto.</li> <li>• Completada pelo doente.</li> <li>• Questionário de 35 itens (demora 5-10 minutos).</li> </ul>
<i>RAND 3 – Question Screen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 itens relacionados com adaptação e 8 itens de rastreio de depressão.</li> <li>• Completada pelo doente (demora menos de 1 minuto).</li> </ul>

Um dos problemas de algumas escalas de depressão é o facto de muitas questões abordarem sintomas como fadiga, problemas de sono, alterações no apetite, que para além de sintomas de depressão são também sintomas típicos da gravidez (Yonkers KA *et al*, 2009).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em 2005, conduziu uma revisão sistemática em relação à depressão perinatal, que entre outros aspetos, pretendia estudar a precisão das escalas existentes. Verificou então que, quando tendo em conta apenas populações com depressão major, as escalas utilizadas (no caso o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); o *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), o *Beck Depression Inventory* (BDI)) apresentavam grande especificidade na sua generalidade, com uma sensibilidade maior para o EPDS e PDSS. No entanto, relativamente a populações com depressão major e minor, embora as quatro escalas utilizadas (EPDS; PDSS; BDI e o *Center for Epidemiologic Study Depression Scale* (CES-D)) na sua generalidade, mantivessem uma alta especificidade, apresentavam uma menor sensibilidade quando comparadas com as populações com depressão major. Assim, podemos concluir, que as escalas existentes têm uma maior sensibilidade para detetar uma depressão numa fase mais avançada do que detetar a doença por si só, isto é, também em estadios iniciais, o que seria o objetivo. Para além disso, outra questão que surge perante as escalas existentes, é o facto da especificidade se sobrepor à sensibilidade, o que no caso não é útil. Se for assumido que no caso de um rastreio da depressão é pior ter falsos-negativos do que falsos-positivos, a sensibilidade será então mais importante que a especificidade (Gaynes BS *et al*, 2005).

Ainda há muito a evoluir e melhorar em relação aos testes de rastreio e nenhum está especificamente validado e referenciado como escala padrão a utilizar na depressão durante a gravidez (Breedlove G *et al*, 2011). No entanto, relativamente ao período perinatal, na sua globalidade, as evidências demonstram que as escalas mais úteis para deteção de uma depressão major são então a EPDS e PDSS, sendo que em relação a deteção da depressão em qualquer estadio de gravidade (minor ou major), não há conclusões sólidas que permitam recomendações (Gaynes BS *et al*, 2005).

Embora os testes de rastreio nos ajudem a determinar se uma mulher está depressiva, estes não se sobrepõem a um diagnóstico clínico, tendo em conta os critérios de diagnóstico de uma depressão major (Yonkers KA *et al*, 2009) (Quadro II).

**QUADRO II: CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE UM EPISÓDIO DE DEPRESSÃO MAJOR (American Psychiatric Association (APA))** (adaptado de Stewart DE, 2011)

- Cinco ou mais dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas, sendo que os sintomas representam uma mudança no anterior funcionamento, e com pelo menos um dos primeiros dois sintomas incluídos:

- Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias;
  - Interesse e prazer marcadamente diminuídos em relação a todas, ou quase todas as atividades diárias, quase todos os dias;
  - Perda de peso significativa não estando em dieta ou ganho de peso (ex: alteração do peso em mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento de apetite quase todos os dias;
  - Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
  - Agitação/Retardamento psicomotor(a) quase todos os dias;
  - Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
  - Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva/inapropriada, quase todos os dias;
  - Capacidade de concentração e pensamento diminuídas ou indecisão, quase todos os dias;
  - Pensamento de morte recorrente, ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico de suicídio;
- Os sintomas não podem corresponder a critérios de diagnóstico de um episódio misto (incluindo sintomas de hipomania e mania).
- Os sintomas causam angústia e prejuízo no funcionamento social, ocupacional, entre outras áreas importantes, clinicamente significativos.
- Os sintomas não são consequência de uma condição médica (ex: hipotireoidismo) ou efeitos fisiológicos diretos de substâncias (ex: droga de abuso ou medicação)

Uma mulher que tenha um resultado positivo num teste de rastreio ou que o clínico suspeite de depressão, deve ser avaliada criteriosamente. O profissional de saúde deve tentar determinar a duração e intensidade dos sintomas, o seu efeito no funcionamento e qualidade de vida, os seus pensamentos e planos e a existência de outros problemas de vida associados. Deve ser questionada também a sua história médica e psiquiátrica passada, bem como a história psiquiátrica familiar. Não menos importante é efetuar uma avaliação do estado mental e tentar excluir-se uma condição médica que possa explicar o estado depressivo. A doente deve ser, posteriormente, referenciada a uma consulta multidisciplinar específica, composta essencialmente por um obstetra, psiquiatra, psicólogo e um pediatra (Stewart DE, 2011).

## COMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO

Uma depressão não identificada e não tratada pode ter efeitos deletérios, tanto para o feto como para a gestante.

Em vários estudos foi encontrada uma relação entre sintomas depressivos na mulher e um risco aumentado de parto pré-termo (Field T *et al*, 2006; Li D *et al*, 2009; Grote NK *et al*, 2010). Num estudo prospetivo de 2009, Li D verificou que o risco de parto pré-termo aumentava com o aumento da severidade dos sintomas depressivos, demonstrando haver uma relação dose-resposta entre estes dois parâmetros.

Em adição a esta condição, num estudo de 2001 de Chung TKH, verificou-se que as mulheres com sintomatologia depressiva mais exuberante no terceiro trimestre teriam uma maior necessidade de anestesia por epidural e a partos instrumentados, e os seus recém-nascidos apresentavam maior necessidade de admissão num serviço de neonatologia.

Também já foi encontrada uma relação entre a patologia depressiva na gestante e o parto de um recém-nascido com baixo peso (<2500g) (Diego MA *et al*, 2006; Field T *et al*, 2006; Rahman A *et al*, 2007; Grote NK *et al*, 2010) e com restrição do crescimento intra-uterino (Field T *et al*, 2006). A depressão perinatal estaria associada então a um menor diâmetro biparietal, menor perímetro cefálico e menor peso fetal estimado (Field T *et al*, 2006).

A etiologia para estes achados não é totalmente conhecida, no entanto possivelmente terá como base fatores placentários, hormonais e imunitários (Li D *et al*, 2009). Uma explicação plausível será que a depressão materna provoque uma desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, estimulando a libertação de hormonas de *stress*, nomeadamente cortisol e catecolaminas. A libertação destas substâncias para a corrente sanguínea leva a uma hipoperfusão da placenta, com conseqüente restrição de oxigénio e nutrientes para o feto, levando por fim a uma restrição do crescimento intra-uterino e/ou precipitação de um parto pré-termo. Para este último poderá haver outra explicação, estando esta relacionada com um comprometimento do funcionamento do sistema imunitário materno, predispondo esta a infeções, no caso genitais, que precipitem o parto (Grote NK *et al*, 2010).

A depressão materna, tanto na gestação como no pós-parto, poderá condicionar efeitos também ao nível da fisiologia neonatal. Field T e os seus colaboradores em 2006 elaboraram uma revisão baseada sobretudo nos seus vários estudos sobre aos efeitos da depressão materna no feto. Verificou que recém-nascidos, cujas mães eram depressivas, tinham perfis fisiológicos semelhantes aos perfis maternos e incluíam aumento do cortisol e das catecolaminas (noradrenalina) e diminuição dos níveis periféricos de dopamina e serotonina. Apresentavam também uma ativação elevada do lobo frontal direito no eletroencefalograma (EEG) e diminuição do tónus vagal. Estas alterações poderiam resultar tanto de um ambiente bioquímico pré-natal desregulado como de uma predisposição genética ou ambos.

Assim constatou-se que este padrão de desregulação hormonal e do sistema nervoso autónomo (evidenciada pela diminuição do tónus vagal) e uma maior ativação do córtex frontal direito no recém-nascido poderia explicar os perfis neuro-comportamentais também verificados em estudos do mesmo autor. Assim, quando comparados com recém-nascidos de mães não depressivas, os recém-nascidos de mães com esta patologia apresentavam *performances* diminuídas nos campos da atenção, orientação, atividade motora e expressividade facial. Também ao nível da interação entre a criança e a mãe, bem como ao nível da interação entre a criança e outras pessoas não depressivas, a primeira demonstrava uma menor afetividade e um maior descontrolo comportamental (espalhafato; “fitas”) (Field T *et al*, 2006).

Como seria de esperar, também a mulher poderá ter consequências graves no que diz respeito à sua doença. As mulheres grávidas depressivas são mais vulneráveis à má nutrição, devido à falta de apetite, levando um reduzido aumento de peso durante a gravidez. Estão também predisponentes ao consumo de tabaco, álcool e drogas (citado por Marcus SM *et al*, 2009). Para além disso, é sabido que a depressão não tratada durante a gestação é fator de risco para depressão puerperal (Figueiredo B *et al*, 2007; Payne JL *et al*, 2009). Já foi demonstrado que uma grande percentagem das mulheres (54%) com depressão pós-parto já teria depressão durante a gravidez (Dietz PM *et al*, 2007). A depressão puerperal, entre outros efeitos pode levar a consequências devastadoras como o suicídio e o infanticídio (Payne JL *et al*, 2009).

Também durante a gravidez a ideação suicida é comum, tendo um estudo epidemiológico de Newport DJ de 2007, demonstrado que a percentagem de mulheres grávidas com ideação suicida varia entre os 13,1% e 33,0%. Este mesmo estudo demonstrou que a ideação suicida era mais comum nas mulheres cuja gravidez não era desejada, que estariam depressivas e com provável patologia ansiosa concomitante.

No entanto, verificou-se que embora a ideação suicida seja comum nas grávidas depressivas, é muito pequena a percentagem destas que realmente tenta concretizar esse ato. Esta discrepância parece sugerir que as mortes maternas devido a suicídio só ocorrem quando há vários fatores desencadeantes concomitantes como exemplo: estabilidade mental comprometida, falta de desejo de ser mãe, estilos de vida não saudáveis, relações afetivas e suporte familiar pobres, condições económicas desvantajosas, dificuldades na aderência a regras culturais e religiosas rígidas e história de experiências traumáticas (inclusivé violência doméstica e abortamentos induzidos) (Gentile S, 2011).

## TRATAMENTO

O tratamento dos problemas psicológicos/psiquiátricos na gravidez, nomeadamente a depressão, tem como alicerce fundamental uma disponibilidade de tempo e atenção, de forma a ouvir e validar os sentimentos expostos pela grávida (Riley D, 1995).

A intervenção terapêutica deverá basear-se na gravidade do estado mental da mulher (Breedlove G *et al*, 2011). A primeira abordagem será então reconhecer o problema, aconselhar estilos de vida saudáveis e adequados à gestação e fornecer suporte social. Quando a patologia se mostra evidente, temos como opções a psicoterapia e farmacoterapia (Riley D, 1995).

## TIPOS DE TRATAMENTO

Como opções de tratamento efetivo da depressão temos as terapias comportamentais, as terapias farmacológicas, a eletroconvulsivoterapia, entre outros tipos de terapia não convencionais.

### Terapias Comportamentais

Muitas doentes com depressão moderada a severa podem ser tratadas por abordagens psico-sociológicas, inclusivé psicoterapia de grupo ou individual, em detrimento da medicação. Esta opção pode ser especialmente importante para as mulheres a preparar a conceção ou já grávidas, uma vez que muitas mulheres poderão planear evitar a farmacoterapia (Yonkers KA *et al*, 2009).

Os dois tipos de psicoterapia que têm mostrado mais eficácia na prevenção e tratamento da depressão perinatal são a psicoterapia interpessoal (PTI) e a terapia cognitiva-comportamental (TCC). A PTI é focada em pelo menos uma destas áreas-alvo: disputa e transição de papéis, lutos complicados e défices interpessoais. A TCC é uma psicoterapia estruturada, de grupo ou individual, na qual os terapeutas e os doentes trabalham em conjunto, de forma a monitorizar-se e modificar-se o pensamento, o humor e o comportamento através de educação e implementação de estratégias de forma a conseguir-se mudanças positivas (Avni-Barron O *et al*, 2010).

Um estudo, relativamente à relevância da PTI na depressão perinatal, constatou que este tipo de terapia melhora a depressão durante a gravidez, que consegue prevenir uma recaída da depressão e melhorar o funcionamento social até seis meses depois do parto (Grote NK *et al*, 2007).

Quando a depressão é severa ou recorrente, há necessidade de recorrer à farmacoterapia ou idealmente a combinação de ambas as formas de terapia (NIHCM Foundation, 2010).

## **Farmacoterapia**

O tratamento farmacológico da depressão tem como base os antidepressivos. No entanto também são utilizados as benzodiazepinas, quando há ansiedade associada; anti-psicóticos na depressão psicótica, doença bipolar, agitação severa; e estabilizadores do humor – lítio e anti-epiléticos (ácido valpróico, carbamazepina, lamotrigina) - quando há sintomas maníacos, psicóticos ou depressão severa (Pearlstein T, 2008).

No que diz respeito aos antidepressivos, estes têm provado ser eficazes no tratamento da depressão moderada a severa. As classes mais prescritas no tratamento da depressão perinatal são os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN) e os Tricíclicos (ADT), sendo que a utilização dos Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAO) é limitada (Ramos É *et al*, 2007). Não há estudos sobre a eficácia dos antidepressivos em grávidas, no entanto não há razões para pensar que a resposta será diferente entre mulheres grávidas e não grávidas (Yonkers KA *et al*, 2009).

Os ISRS são hoje em dia mais comumente usados devido à sua eficácia estabelecida, perfil terapêutico seguro, sobreposto aos efeitos laterais e à menor possibilidade de *overdose*. O grupo de ISRS é composto pela fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, e fluvoxamina (Klinger G *et al*, 2008), no entanto este último raramente é usado na gravidez (Fishell A, 2010).

A farmacocinética dos fármacos no recém-nascido não é conhecida, no entanto para a maior parte dos medicamentos o tempo de semivida encontra-se prolongado, dependendo também do metabolismo do fármaco.

Os psicofármacos entrando na corrente sanguínea, invariavelmente atravessam a barreira hemato-placentária estando o feto exposto a estes compostos. A farmacocinética será por isso um fator a ter em conta, nomeadamente o peso molecular, sendo que quanto menor for esse peso, maior a facilidade do fármaco em atravessar a placenta (Klinger G *et al*, 2008).

Hendrick V, em 2003, num estudo referente à passagem placentária dos antidepressivos ISRS, demonstrou que os níveis séricos destes fármacos no cordão umbilical eram relativamente inferiores aos níveis séricos no sangue materno. A diferença de concentração entre o sangue materno e sangue do cordão umbilical era maior no caso da sertralina seguida pela paroxetina, fluoxetina e, por último, escitalopram. E, sendo assim, aparentemente a sertralina será o ISRS com menor exposição fetal. Estas diferenças podem possivelmente ser

explicadas, não só pelo peso molecular, mas também pela semivida e pela diferente ligação dos fármacos às proteínas, tendo em conta que quando ligados a estas, os fármacos não atravessam a placenta. Verificou-se também que quando aumentada a dose do antidepressivo, não havia um aumento proporcional deste no cordão umbilical e sendo assim um aumento de dose não será necessariamente acompanhado por uma maior exposição do feto ao fármaco. Também o facto de ao analisar o sangue do cordão umbilical constatar-se que haveria maior concentração de metabolitos do que do fármaco é sugestivo de que, pelo menos em parte, o feto consegue metaboliza-lo evitando o acúmulo deste na corrente sanguínea.

Os ADT têm sido usados no tratamento da depressão desde os anos 50, no entanto com a introdução de novos antidepressivos com perfis mais seguros, estes fármacos tornaram-se agentes de segunda e terceira linha. Os ISRSN é uma nova classe de antidepressivos que incluem a venlafaxina e duloxetina, tendo ambas ganho popularidade recentemente. Outros tipos de antidepressivos não categorizados, e menos utilizados, são por exemplo a bupropiona, a mirtazapina, a trazodona e a nefazodona (Bayler SD *et al*, 2009).

### Riscos da Farmacoterapia

Todos os fármacos têm efeitos laterais, e quando prescritos durante a gravidez, podem afetar tanto a mãe como o feto.

A gravidez é normalmente um critério de exclusão nos estudos clínicos em que são utilizados psicofármacos, e por isso, a informação é limitada relativamente aos efeitos adversos destes compostos na gravidez.

Relativamente ao feto, no 1º trimestre de gravidez, um dos efeitos mais bem estudados é a teratogenicidade do fármaco. Relativamente aos antidepressivos, nomeadamente os ISRS, os estudos realizados com a pretensão de estudar uma possível relação entre a exposição a estes fármacos e a presença de anomalias congénitas fetais mostraram que na generalidade dos fármacos não existia (Kulin NA *et al*, 1998; Sivojelezova A *et al*, 2005; Davis RL *et al*, 2007; Källén BA *et al*, 2007; Einarson A *et al*, 2008; Ramos É *et al*, 2008;). Ainda assim, em vários estudos foi possível verificar uma associação de alguns destes antidepressivos (paroxetina e fluoxetina) e anomalias cardiovasculares nos recém-nascidos (Källén BA *et al*, 2007; Diav-Citrin O, 2008; Noorlander CW, 2008).

Também já foi documentada uma associação entre os ISRS e um risco aumentado de baixo peso ao nascer (Oberlander TF *et al*, 2006), de parto pré-termo (Davis RL *et al*, 2007; Lund N *et al*, 2009), baixo Apgar aos 5 minutos e admissão numa unidade de cuidados intensivos neonatal (Lund N *et al*, 2009).

Um dos efeitos laterais dos antidepressivos mais descritos é uma síndrome observada nos recém-nascidos, que se segue a uma exposição prolongada *in utero* dos ISRS

(Sivojelezova A *et al*, 2005). Esta síndrome é denominada de “síndrome de abstinência neonatal”, “pobre adaptação neonatal” ou também “síndrome neuro-comportamental neonatal”. A sua nomenclatura é controversa, uma vez que não se sabe ao certo se ela incorre por abstinência do fármaco nos pós-parto ou por efeitos diretos tóxicos do fármaco no feto, ou por ambos (Payne JL *et al*, 2009). No entanto, o facto de a síndrome ser encontrada em recém-nascidos com níveis baixos ou indetectáveis do fármaco ou dos seus metabolitos e o pico da sintomatologia não corresponder ao pico da exposição, aparecendo mais tardiamente é a favor da abstinência (Klinger G *et al*, 2008). Também a favor desta opção está o facto de esta síndrome ocorrer mais frequentemente associada uma exposição fetal no final da gravidez (3º trimestre) relativamente a uma exposição nos dois primeiros trimestres (Field T, 2010). Esta síndrome é caracterizada por sintomas variáveis ao nível do sistema nervoso central e autónomo, respiratório e gastrointestinal (Klinger G, 2008). Temos como exemplo, sintomas de distress respiratório, cianose, hipoglicemia, instabilidade da temperatura corporal, vômitos, hipotonia, hipertonia, hiperreflexia, irritabilidade, choro fraco ou ausente e convulsões (Payne JL *et al*, 2009).

Ainda assim, a maior parte dos casos parecem ser ligeiros e autolimitados (à volta de duas semanas) e geridos pelas unidades de cuidados neonatais (Moses-Kolko EL *et al*, 2005). O tratamento passa pela colocação do recém-nascido num ambiente sossegado, sem estímulos sensoriais (luz e ruído), pelo contacto pele com pele entre mãe e filho e pelo fracionamento das refeições (Belik J, 2008). Mais estudos são necessários para avaliar a incidência, prevenção e tratamento desta síndrome (Moses-Kolko EL *et al*, 2005).

A hipertensão pulmonar no recém-nascido é outro dos efeitos secundários dos ISRS. A Hipertensão Pulmonar Persistente (HPP) resulta da incapacidade da vasculatura pulmonar fetal relaxar (diminuir a resistência) ao nascimento. Isto tem como consequência a hipóxia havendo necessidade de intubação. Tem uma taxa de mortalidade de cerca de 10-20% e resulta também numa significativa morbilidade. É uma condição rara, que afeta 1-2 crianças em cada 1000 na população geral (citado por Payne JL *et al*, 2009). Num estudo de 2006 de Chambers C, os ISRS estariam associados a um risco aumentado de HPP neonatal, especialmente quando ingeridos numa fase final da gravidez. Embora neste estudo não se tenha encontrado uma relação causal, vários mecanismos conhecidos conseguem explicá-la. A serotonina, para além de propriedades vasoconstritoras, aumentando a resistência vascular pulmonar, tem efeito mitótico nas células do músculo liso pulmonar. Assim, acumulação de altos níveis de serotonina no pulmão fetal resulta na proliferação das células do músculo liso. Outro mecanismo explicativo, é que a serotonina inibe a síntese de óxido nítrico, um vasodilatador que regula o tónus vascular e a reatividade tanto *in utero* como no pós-parto. É possível também que a síndrome de abstinência neonatal, descrita anteriormente, quando relativa aos

sintomas respiratórios, possa representar uma forma menos severa do espectro de consequências da HPP.

A interpretação dos estudos que tentam relacionar os ISRS com a HPP tem sido dificultada pela presença de outros fatores maternos predisponentes de HPP no recém-nascido, nomeadamente tabaco ou diabetes mellitus. Apesar de haver uma possível associação entre os fármacos e a patologia, o risco absoluto mantém-se baixo, com menos de 1% dos recém-nascidos sofrerem de HPP.

No que diz respeito aos ADT, os seus potenciais efeitos colinérgicos limitam a sua utilização durante a gravidez (Bayler SD *et al*, 2009).

Relativamente ao uso dos restantes tipos de antidepressivos, o facto de serem menos utilizados faz com que haja menos informação sobre a segurança da sua utilização na gravidez, muito embora possam também ser apropriados (Payne JL *et al*, 2009).

Os outros tipos de fármacos utilizados na depressão também têm conhecidos efeitos laterais importantes, que devem ser tidos em conta quando ponderada a sua utilização durante a gestação (Quadro III).

**QUADRO III: RISCOS ASSOCIADOS A PSICOTRÓPICOS (Pearlstein T, 2008)**

<p><b>Anti-Psicóticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possível risco aumentado de malformações congénitas;</li> <li>• Efeitos neonatais transitórios.</li> </ul>
<p><b>Lítio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco aumentado de malformação cardíaca de Ebstein;</li> <li>• <i>Floppy infant syndrome</i> (hipotonicidade neonatal, cianose e dificuldades de alimentação);</li> <li>• Raramente: hipotiroidismo, diabetes insipidus, polihidrâmnios.</li> </ul>
<p><b>Carbamazepina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espinha bífida, anormalidades craniofaciais, restrição do crescimento.</li> </ul>
<p><b>Ácido Valpróico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espinha bífida, anormalidades craniofaciais, anormalidades cardíacas, restrição do crescimento;</li> <li>• Efeitos neonatais transitórios;</li> <li>• Possível diminuição da inteligência das crianças.</li> </ul>
<p><b>Lamotrigina</b></p> <p>Possível fenda palatina não sindrômica.</p>
<p><b>Benzodiazepinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possível risco aumentado de fenda oral;</li> <li>• <i>Floppy infant syndrome</i>;</li> <li>• Síndrome de Abstinência neonatal;</li> <li>• Possível atraso no desenvolvimento da criança.</li> </ul>

Muito embora a investigação nos mostre que há efeitos laterais importantes dos fármacos a considerar, é preciso ter em conta alguns aspetos, nomeadamente relativamente aos antidepressivos. Muitos dos estudos existentes têm falhas nas suas metodologias, há falta de consistência entre estudos, em relação à existência de malformações (pelo menos em relação aos antidepressivos), e muitos deles não controlam outras variáveis como sendo por exemplo, a depressão/ansiedade materna. Tendo isto em conta, os antidepressivos, sendo a base do tratamento farmacológico, podem e devem ser utilizados quando estamos perante uma depressão grave (Fishell A, 2010).

### **Eletroconvulsivoterapia**

Este tipo de tratamento mais agressivo, quando cuidadosamente monitorizado, tem mostrado ser seguro e eficaz no tratamento da depressão severa na gravidez, especialmente quando a patologia é grave e não responde aos outros tipos de terapia (Yonkers KA et al, 2009).

### **Outros**

Outras formas de terapia descritas com resultados positivos, mas menos estudadas são a terapia com luz intensa, ácidos ómega 3, massagem, acupunctura e exercício moderado (citado por Pearlstein T, 2008). O exercício é uma alternativa de tratamento inovadora e com boa relação custo-benefício que merece mais estudos (Shivakumar G et al, 2011).

## **ESCOLHA DO TRATAMENTO**

Um estudo efetuado com o objetivo de perceber quais os tipos de tratamento melhor aceites pelas mulheres, tendo em vista um melhor resultado terapêutico, tinha como tratamento preferido o tratamento ativo da depressão. A psicoterapia liderava as opções, mas também a terapia familiar ou de casal era bem aceite pelo grupo de mulheres analisado, sendo que a terapia em grupo era preterida face às anteriores. A farmacoterapia viria de seguida, sendo que uma grande percentagem de mulheres consideravam inaceitável a toma de antidepressivos durante a gravidez e/ ou amamentação. Para além disso, verificou-se que as mulheres que teriam sido medicadas anteriormente para a depressão, mais facilmente aceitavam esta forma de terapia, sugerindo que as pessoas mais familiarizadas com os psicofármacos estariam mais confortáveis em relação à sua utilização (Goodman JH, 2009).

O uso de antidepressivos é controverso durante a gravidez. Isto acontece uma vez que muitas pessoas consideram os antidepressivos, fármacos de “luxo”, pensamento desencadeado por perceções erradas relativamente à gravidade/importância das doenças

psiquiátricas. Por outro lado, em muitas ocasiões estes fármacos são prescritos a doentes que não preenchem todos os critérios para depressão major (Payne JL *et al*, 2009). Por último, estudos têm demonstrado que, suspender o tratamento antidepressivo na gravidez em mulheres com história prévia de depressão pode levar a uma recaída sintomatológica em cerca de 60-70% das mulheres, tornando necessário a reintrodução da terapêutica ainda na gravidez (Cohen LS *et al*, 2006).

Infelizmente, a literatura científica é escassa no que diz respeito a estudos que orientem os clínicos no tratamento das mulheres com depressão na gravidez. Assim, o processo de decisão de iniciar ou continuar o uso de psicofármacos durante a gestação, pode tornar-se emocionalmente desgastante para as mulheres, muito devido a ideias pré-concebidas e informações incorretas (Payne JL *et al*, 2009). Parte da angústia resultante desta situação poderia ser prevenida se, as mulheres e os respetivos prestadores de cuidados de saúde recebessem informação adequada e baseada em evidência, em relação a todos os assuntos relacionados com a saúde mental reprodutiva, especialmente no que diz respeito à segurança dos psicotrópicos.

Os avanços na investigação científica em relação ao uso de antidepressivos no período perinatal têm sido dificultados por questões práticas e éticas. Por um lado uma incapacidade, em estudos clínicos sobre o tratamento com os antidepressivos, de se randomizar as gestantes depressivas de forma a avaliar consequências maternas e fetais; por outro, a existência de múltiplas variáveis confundidoras (comportamentos de risco, como por exemplo o abuso de substâncias) nos estudos observacionais e cohort existentes, e a dificuldade em controlá-las (Yonkers KA, 2007).

Quando considerada a utilização de fármacos durante a gravidez, os riscos terão de ser contrabalançados com o risco de uma depressão não tratada. Fatores a ter em conta na seleção do tratamento são a gravidade do quadro, a história psiquiátrica e consumo prévio de psicofármacos, inclusive durante uma gravidez prévia, bem como tendo em vista um possível plano de amamentação (Pearlstein T, 2008). O clínico deverá ser criterioso quanto à escolha dos fármacos. Optar por um fármaco que apresente um perfil mais seguro para a mulher e para o feto com base na evidência atual (Stewart DE, 2011), não efetuar substituição de fármacos que já provaram serem eficazes, inclusive numa gravidez anterior, e preferir a monoterapia. No caso de nunca ter sido prescrito à mulher nenhum psicofármaco, a opção mais atualmente aceite pelas suas características farmacocinéticas e pelo perfil favorável à amamentação será a sertralina. A venlafaxina (um ISRSN) também é uma opção razoável no caso de haver uma ansiedade severa associada e uma melhoria rápida seja necessária (Fishell A, 2010).

É conhecido que os clínicos têm tendência para prescrever os fármacos em doses inferiores ao recomendado devido ao receio dos efeitos laterais, no entanto é de lembrar que

as alterações fisiológicas da gestação condicionam a necessidade de doses superiores para o mesmo efeito. Como resultado, a mulher permanece medicada mas com doses sub-terapêuticas, não sendo o objetivo da farmacoterapia alcançado (Ramos É *et al*, 2007; Marcus SM *et al*, 2008). Assim, torna-se crítico que no decorrer do tratamento farmacológico haja uma monitorização da sintomatologia, para que quando a mulher se mantém sintomática se possa otimizar a dose terapêutica (Marcus SM *et al*, 2008).

Apesar de alguma escassez de informação disponível, os clínicos devem auxiliar a doente a fazer escolhas apropriadas, pesando os riscos e benefícios. Os valores pessoais e preferências da mulher deverão ser uma grande influência no processo de decisão. Ter em conta as preferências da mulher tem sido associado a uma probabilidade aumentada de integração e aderência ao tratamento, e consequentemente resultados positivos do mesmo (Goodman JH, 2009).

A melhor forma, de poder evitar as questões colocadas anteriormente face ao tratamento da depressão, é ter uma gravidez planeada. Perante uma doente depressiva em idade fértil é importante abordar o assunto de uma possível gravidez e discutir a importância da contraceção de forma a poder-se evitar a gravidez numa altura crítica da doença mental (Payne JL *et al*, 2009). Quando a mulher se apresenta com sintomas moderados a severos, é prudente aconselhar a mulher a continuar a terapia de forma a poder otimiza-la e esperar algum tempo antes de conceber (Yonkers KA *et al*, 2009). No caso de a mulher pretender engravidar, deverá ser realizada uma consulta de preconceção de forma a conceber-se um plano estruturado de abordagem (Fishell A, 2010). Perante uma mulher aparentemente sem psicopatologia, para além dos fatores de risco acima descritos para o aparecimento da patologia, há outros aspetos que podem fazer a diferença. Trata-se de fatores relacionados com estilos de vida saudáveis, nomeadamente relacionados com a nutrição, o exercício físico, padrões de sono e *stress* (Avni-Barron O *et al*, 2010).

As recomendações da ACOG e da APA relativamente ao modo de atuação mais adequado face a mulheres depressivas que pretendam engravidar ou que já se encontrem grávidas encontram-se no quadro IV.

**QUADRO IV: RECOMENDAÇÕES DA ACOG E APA** (Adaptado de NIHCM Foundation, 2010)

<p><i>Mulheres que pensam engravidar</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para mulheres sob medicação antidepressiva que tenham sentido sintomas ligeiras ou tenham estado assintomáticas pelo menos nos últimos 6 meses, será apropriado reduzir a dose ou descontinuar antes de engravidar.</li> <li>• Descontinuação da medicação pode não ser apropriada em mulheres com história de depressão severa e recorrente (ou que tenha uma doença psicótica, doença bipolar ou outra doença psiquiátrica que requer medicação, ou história de suicídio).</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulher com sintomas psicóticos e suicidas deve ser referenciada a um psiquiatra para tratamento agressivo.</li> </ul>
<i>Todas as mulheres grávidas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independentemente das circunstâncias, uma mulher com sintomas suicidas ou psicóticos deve ser referenciada a um psiquiatra para tratamento agressivo.</li> </ul>
<i>Mulheres grávidas que estejam medicadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres psiquiatricamente estáveis, que preferem manter-se medicadas podem fazê-lo após discussão dos riscos e benefícios com o psiquiatra e obstetra que a acompanham.</li> <li>• Mulheres que pretendam descontinuar a medicação, caso não tenham sintomas irão tentar diminuir ou parar com o fármaco. Mulheres com história de depressão recorrente estão em grande risco de recaída se a medicação for descontinuada.</li> <li>• Mulheres com depressão recorrente ou que tenham sintomas apesar de medicadas irão beneficiar de psicoterapia, em vez de ou concomitantemente, à farmacoterapia.</li> <li>• Mulheres com depressão severa (tentativas de suicídio, incapacidade funcional ou perda de peso) devem manter-se com a medicação. Se a doente recusar ser medicada, deve ser tentado um tratamento alternativo e haver monitorização, preferivelmente antes da descontinuação.</li> </ul>
<i>Mulheres grávidas que não estejam medicadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia pode ser benéfica a mulheres que prefiram evitar a medicação.</li> <li>• Para mulheres que pretendam evitar a medicação, os riscos e os benefícios deverão ser avaliados e discutidos, incluindo o estadio da gestação, sintomas, história de depressão e outras condições e circunstâncias (ex: se é fumadora, tem dificuldade em ganhar peso).</li> </ul>

## DISCUSSÃO

Com esta revisão foi possível perceber que a depressão na mulher, nomeadamente durante o período gestacional, faz parte de um espectro vasto de doenças mentais maternas no período perinatal e que tem sido objeto de muito estudo pela comunidade científica. Ainda assim, os resultados obtidos não têm sido completamente satisfatórios face às necessidades de guias de atuação na prática clínica relativamente ao diagnóstico e tratamento da patologia.

Em relação ao rastreio, como referido anteriormente, não há consenso no que diz respeito à relevância de este ser feito ao nível dos cuidados saúde primários a todas as grávidas. Ainda assim, ficou claro que no acompanhamento de uma grávida, se houver indícios de sintomatologia depressiva e/ou fatores de risco evidentes: gravidez não desejada (tanto pela própria e/ou pelo companheiro), condições económicas e sociais instáveis, um estado depressivo prévio, esta mulher deverá ser alvo de especial atenção. Uma disponibilidade de tempo e atenção por parte dos profissionais de saúde são importantes para a deteção precoce desta condição e por isso, quando tal não acontece, a depressão só é diagnosticada numa fase avançada da doença, ainda durante a gestação ou, em muitos casos no pós-parto, quando se torna mais evidente. A aplicação das escalas de rastreio de depressão poderá ser útil para o diagnóstico, no entanto os testes mais sensíveis e específicos são relativos ao pós-parto, não havendo no entanto nenhum para a depressão ainda durante a gestação. Torna-se então relevante obter-se um teste específico para esta fase de forma a facilitar o diagnóstico.

Quando é feito o diagnóstico ou quando há dúvidas em relação a este, o médico assistente deverá referenciar a grávida a uma consulta com uma equipa especializada, idealmente, multidisciplinar abrangendo um obstetra, um psiquiatra, um psicólogo e um pediatra, se possível.

Uma história clínica extensiva, uma avaliação do estado mental da doente, da gravidade da doença e das condições a ela inerentes, devem ser realizados de forma a poder ser escolhido o tratamento adequado. Para estados depressivos ligeiros, informação e aconselhamento podem ser suficientes, no entanto quando moderada, já há necessidade de tratamento efetivo (terapia comportamental e psicotrópicos, havendo maior eficácia quando são efetuados simultaneamente). Tanto as consequências fetais da depressão como do próprio tratamento já foram bastante estudadas, mas nem sempre a informação é suficientemente válida, sendo muitos dos estudos realizados contraditórios. O que é facto é que a depressão é uma condição grave e que deve ser tratada. A escolha da terapia deverá ser criteriosa, tendo em conta a evidência médica existente (benefícios vs efeito laterais) e a opinião informada da gestante. Uma história de eficácia prévia, numa outra gravidez anterior ou não, de um psicofármaco, pode favorecer essa escolha novamente. Outro aspeto muito importante que pode influenciar significativamente a escolha do fármaco será a possibilidade de

amamentação. Perante um tratamento farmacológico, torna-se necessário um acompanhamento mais apertado, com monitorização da sintomatologia, bem como da maturação fetal.

Esta revisão incide sobretudo na depressão não diagnosticada previamente à gravidez, no entanto é igualmente importante o modo de atuação face a doentes já diagnosticadas e medicadas que se encontrem grávidas ou com pretensão de engravidar.

Tendo como objetivo primordial como prestadores de cuidados de saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença, é importante que haja uma maior integração entre os programas de saúde materno-fetal e de saúde mental. A promoção da saúde mental deverá ser uma preocupação constante de qualquer profissional de saúde que acompanha a grávida durante a gestação. Torna-se importante então, a par dos aspetos exclusivamente relacionados com a gestação, ter-se em atenção o bem-estar emocional e físico da grávida. Com esta atitude pode não só evitar-se uma possível doença mental mas também rastreá-la numa fase precoce.

A prevenção da patologia mental na gravidez tem como base, sobretudo, uma gravidez planeada adequadamente, tendo em conta uma estabilidade conjugal e social.

## **CONCLUSÃO**

Este trabalho pretendia estudar a temática da depressão no período gestacional, tendo sido possível concluir que é um tema bastante vasto, interessante e eticamente complexo.

Muito embora já seja um tema bastante abordado, continua a ser objeto de estudo permanente por parte da comunidade científica. Relativamente a forma de abordagem ainda não é clara a utilidade da utilização de escalas de rastreio, e em relação à forma de atuação, ainda permanecem dúvidas em relação a forma de tratamento. Perante a necessidade concreta de farmacoterapia no controlo e estabilidade da doença mental, a possibilidade de risco fetal ainda se mantém um problema no processo de decisão de início/continuação e escolha dos fármacos.

Perante uma realidade cada vez mais comum, torna-se importante que a comunidade médica esteja particularmente atenta e partilhe conhecimento em relação à problemática das doenças mentais. Deverá ser dada particular atenção às mulheres, nomeadamente as que estarão no período fértil e com possibilidade de engravidar, uma vez que neste caso, tanto a mulher como o feto poderão ser prejudicados.

Os pontos fulcrais a reter serão então, a importância do diagnóstico e avaliação precoces da patologia, uma monitorização apertada tanto materna como fetal, e um tratamento o mais atempado e adequado possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetrics and Gynecology. Committee on Obstetric Practice (2010) Committee opinion No 453: Screening for Depression During and After Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 115: 394-395

Andrade SE, Gurwitz JH, Davis RL *et al* (2004) Prescription drug use in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 191: 398-407

Avni-Barron O, Hoagland K, Ford C *et al* (2010) Preconception Planning to Reduce the Risk of Perinatal Depression and Anxiety Disorders. *Expert Rev of Obstet Gynecol*, 5 (4): 421-435

Baylor SD, Patterson BY (2009) Psychotropic Medication During Pregnancy. *US Pharm* 34 (9): 58-68

Belik J (2008) Fetal and Neonatal Effects of Maternal Drug Treatment for Depression. *Semin Perinatol* 32: 350-354

Breedlove G, Fryzelka D (2011) Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*, 56 (1): 18-25

Burt VK, Quezada (2009) Mood Disorders in Women: Focus on Reproductive Psychiatry in the 21<sup>st</sup> Century. *Can J Clin Pharmacol*, 16 (1): e6-e14

Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ *et al* (2006) Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors and Risk of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn. *N Engl J Med*, 354: 579-587

Chung TKH, Lau TK, Yip ASK *et al* (2001) Antepartum Depressive Symptomatology Is Associated With Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. *Psychosom Med*, 63: 830-834

Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL (2006) Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment. *JAMA*, 295: 499-507

Davis RL, Rubanowice D, McPhillips H *et al* (2007) Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 16: 1086-1094

Diav-Citrin O, Shechtman S; Weinbaum D *et al* (2008) Paroxetine and fluoxetine in pregnancy: a prospective, multicentre, controlled, observational study. *Br J Clin Pharmacol*, 66 (5): 695-705

Diego MA, Jones NA, F. Tiffany *et al* (2006) Maternal Psychological Distress, Prenatal Cortisol, and Fetal Weight. *Psychosom Med* 68: 747-753

Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM *et al* (2007) Clinically Identified Maternal Depression Before, During and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry*, 164: 1515-1520

Einarson A, Pistelli A, DeSantis M *et al* (2008) Evaluation of the Risk of Congenital Cardiovascular Defects Associated With Use of Paroxetine During Pregnancy. *Am J Psychiatry*, 165: 749-752

Field T (2010) Prenatal Depression and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Int J Neurosci*, 120: 163-167

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M (2006) Prenatal depression effects on the fetus and the newborn: a review. *Infant Behav Dev*, 29: 445-455

Figueiredo B, Pacheco A, Costa R (2007) Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10: 103-109

Fishell A (2010) Depression and Anxiety in Pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 17 (3): e363-e369

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC (2005) Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 119: 1-5

Gentile S (2011) Suicidal mothers. *J Inj Violence Res*, 3 (2): 90-97

Goodman JH (2009) Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth*, 36 (1): 60-9

Grote NK, Bridge JA, Gavin AR *et al* (2010) A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and The Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry* 67 (10): 1012-1024

Grote NK, Swartz HA, Geibel SL (2009) A Randomized Controlled Trial of Culturally Relevant, Brief Interpersonal Psychotherapy for Perinatal depression. *Psychiatr Serv* 60 (3): 313-321

Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL *et al* (2003) Placental Passage of Antidepressant Medications. *Am J Psychiatry*, 160: 993-996

Källén BA, Olausson PO (2007) Maternal Use of Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitors in Early Pregnancy and Infant Congenital Malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 79: 301-308

Klinger G, Merlob P (2008) Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Induced Neonatal Abstinence Syndrome. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 45 (2): 107-113

Kulin NA, Pastuszak A, Sage SR *et al* (1998) Pregnancy Outcome Following Maternal Use of the New Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *JAMA*, 279 (8):609-610

Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA *et al* (2010): Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202 (1): 5-14

Li D, Liu L, Odouli R (2009) Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod*, 24 (1):146-153

Lund N, Pedersen LH, Henriksen TB (2009) Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Exposure in Utero and Pregnancy Outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163 (10): 949-954

Marcus S (2009) Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Can J Clin Pharmacol*, 16 (1): e15-e22

Marcus SM, Flynn HA (2008) Depression, antidepressant medication, and functioning outcomes among pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*, 100: 248-251

Marcus SM, Heringhausen JE (2009) Depression in Childbearing Women: When Depression complicates Pregnancy. *Prim Care*, 36 (1): 151-165

Melville JL, Gavin A, Guo Y *et al* (2010) Depression Disorders During Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 116 (5): 1064-1070

Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J *et al* (2005) Neonatal Signs After Late in Utero Exposure to Serotonin Reuptake Inhibitors. *JAMA*, 293: 2372-2383

National Institute for Health Care Management Foundation (NIHCM Foundation) (2010) Identifying and Treating Maternal Depression: Strategies & Considerations. Disponível em URL: <http://nihcm.org/component/content/article/2-press-releases/330>

Newport DJ, Levey LC, Pennell PB *et al* (2007) Suicidal Ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health*, 10: 181-187

Noorlander CW, Ververs FFT, Nikkels PGJ *et al* (2008) Modulation of Serotonin Transporter Function during Fetal Development Causes Dilated Heart Cardiomyopathy and Lifelong Behavioral Abnormalities. *PLoS ONE* 3(7): e2782

Oberlander TF, Warburton W, Misri S *et al* (2006) Neonatal Outcomes After Prenatal Exposure to Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants and Maternal Depression Using Population-Based Linked Health Data. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 898-906

Payne JL, Meltzer-Brody S (2009) Antidepressant Use During Pregnancy: Current Controversies and Treatment Strategies. *Clin Obstet Gynecol*, 52 (3): 469-482

Pearlstein T (2008) Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci*, 33 (4): 302-318

Rahman A, Bunn J, Lowel H *et al* (2007) Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*, 115: 481-486

Ramos É, Oraichi D, Rey É *et al* (2007) Prevalence and predictors of antidepressant use in a cohort of pregnant women. *BJOG*, 114: 1055-1064

Ramos É, St-André M, Rey É *et al* (2008) Duration of antidepressant use during pregnancy and the risk of major congenital malformations. *Br J Psychiatry*, 192: 344-350

Riley D (1995) *Perinatal Mental Health: A Source Book for Health Professionals*. Radcliffe Medical Press

Shivakumar G, Brandon AR, Snell PG *et al* (2011) Antenatal depression: a rationale for studying exercise. *Depress Anxiety*, 28: 234-242

Sivojelezova A, Shuhaiber S, Sarkissian L *et al* (2005) Citalopram use in pregnancy: Prospective comparative evaluation of pregnancy and fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 193: 2004-2009

Stewart DE (2011) Depression during pregnancy. *N Engl J Med* 365: 1605-16011

Vevers T, Kaansenbrood H, Visser G *et al* (2006) Prevalence and patterns of antidepressant drug use during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol*, 62: 863-870

Yonkers KA (2007) The Treatment of Women Suffering From Depression Who Are Either Pregnant or Breastfeeding. *Am J Psychiatry*, 164 (10): 1457-1459

Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE (2009) The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*, 31 (5): 403-413