



10

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia | nº 10 | 2024

Gravidez e depressão

3ª edição

febrasgo

Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia



Diretoria da Febrasgo 2024 / 2027

Maria Celeste Osório Wender

Presidente

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Diretor Administrativo

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Diretor Científico

Marcelo Luís Steiner

Diretor Financeiro

Lia Cruz Vaz da Costa Damasio

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Maria Auxiliadora Budib

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flavia Barra do Espírito

Santo Alves Pereira

Vice-Presidente

Região Norte

Sérgio Podgaec

Vice-Presidente

Região Sudeste

Alberto Trapani Junior

Vice-Presidente

Região Sul



Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco

2024 / 2027

Presidente

Rosiane Mattar

Vice-Presidente

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Secretária

Mylene Martins Lavado

Membros

Elton Carlos Ferreira
Rone Peterson Cerqueira Oliveira
Carlos Alberto Maganha
Janete Vettorazzi
Maria Rita de Figueiredo Lemos Bortolotto
Fernanda Santos Grossi
Sara Toassa Gomes Solha
Renato Teixeira Souza
Willian Schneider da Cruz Krettli
Brena Carvalho Pinto de Melo
Vera Therezinha Borges
Carolina Mocarzel

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Comissão Nacional Especializada em Gestão de Alto Risco. Gravidez e depressão. 3ª ed. São Paulo - FEBRASGO, 2024. (Protocolos FEBRASGO, Obstetrícia, no.10). iv, 13p.

1. Gravidez 2. Depressão 3. Complicações na gravidez 4. I. Autor

ISBN 978-85-94091-25-3

NLM - WQ 240

2024/2025 (3a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho
2021/2022 (2a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. César Eduardo Fernandes
2018 (1a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

Coordenador Editorial

Bruno Henrique Sena Ferreira

Revisora Ortográfica e Gramatical

Viviane Zeppelini

Normatização/ Normalização

Edna Terezinha Rother

Diagramação e Projeto Gráfico

Adriano Aguina

Gravidez e depressão

Palavras-chave

Depressão; Antidepressivos; Gravidez

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Gravidez e depressão. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2024. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 10/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

Highlights

1. Grávidas com depressão apresentam mais risco de pr -eclâmpsia, *diabetes mellitus* gestacional, tabagismo, uso de álcool, depressão pós-parto, abortamento autoinduzido, habilidades de enfrentamento mal adaptativas, altera es cerebrais e comportamentais na prole, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e baixo peso ao nascer.
2. A etiologia ainda   desconhecida, mas parece estar vinculada às oscila es intensas dos hormônios sexuais e às suas implica es em monoaminas.
3. Disfun es do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e altera es neuroendócrinas gestacionais podem ser fatores precipitantes. A placenta produz hormônios como o cortisol, que levam   infrarregula o de receptores no hipotálamo e na hipófise.
4. A depressão na gesta o pode ser subestimada pela sobreposi o de determinadas manifesta es depressivas com queixas típicas da gravidez, como fadiga e distúrbios do sono, da alimenta o ou sexuais.

* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Gesta o de Alto Risco e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 10. Acesso: <https://www.febrasgo.org.br/>

Todo conteúdo está licenciado sob a Licença Creative Commons do tipo atribui o BY.

5. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é o instrumento mais recomendado e utilizado na avaliação de cenários de risco de depressão pós-parto.
6. A gestação é o período de maior vulnerabilidade para recorrência de episódios de transtorno bipolar, diagnóstico diferencial essencial a ser realizado.
7. A abordagem terapêutica de quadros depressivos deve incluir intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas de forma isolada ou combinada.
8. Evitar o uso racional de medicamentos psiquiátricos para garantir uma gravidez livre de riscos é uma estratégia clínica frágil e contestável.
9. O tratamento medicamentoso é recomendado nas seguintes situações: sintomas depressivos que não se resolvem apenas com tratamento psicoterápico, necessidade de tratamento rápido em função de sintomas graves ou quando a paciente prefere a intervenção medicamentosa.
10. O uso de sertralina tem se mostrado uma opção segura no tratamento de sintomas depressivos perinatais.

Introdução

Gestantes com depressão têm risco aumentado de desfecho obstétrico adverso.^(1,2) O transtorno é fator de risco independente para a suicidalidade^(3,4) e causa comum de mortalidade na gestação em diversos países.^(5,6)

Grávidas com depressão apresentam mais risco de pré-eclâmpsia, *diabetes mellitus* gestacional, tabagismo, uso de álcool, depressão pós-parto, abortamento autoinduzido, habilidades de enfrentamento mal adaptativas – como redução na busca por cuidados e na capacidade de reavaliação positiva, alterações cerebrais e comportamentais na prole, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e baixo peso ao nascer.^(7,8)

No Brasil, estudos heterogêneos constataram prevalência entre 12,9 e 37,9% para depressão na gestação, e um estudo de melhor desenho indicou prevalência de 14,2%.⁽¹¹⁾ Entre os fatores de risco para depressão na

gravidez, destaca-se o episódio depressivo prévio, que pode elevar o risco em dez vezes.^(9,10)

Aproximadamente 50% das gestações no Brasil não são planejadas e demonstram forte associação com depressão durante a gravidez, sendo consideradas fator de risco independente. Outros fatores relevantes são suporte social ausente, ser mãe solteira, violência doméstica e níveis econômico e educacional baixos.^(12,13)

Com frequência, sintomas e sinais indicativos de depressão não são adequadamente percebidos pelas próprias gestantes e pelos familiares, em função da expectativa de que a gravidez deva ser um período de bem-estar mental e, portanto, protetor de doenças psiquiátricas. Assim, muitas gestantes sentem-se constrangidas por não estarem bem psiquicamente, o que pode as afastar ainda mais da busca por ajuda médica. Nesse contexto cultural, ocorre o estigma das pacientes, dos médicos e dos tratamentos envolvidos, ou seja, a psicofobia perinatal.⁽¹⁴⁾

A depressão periparto é descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, quinta edição (DSM-5), como um dos especificados para transtorno depressivo maior.⁽¹⁵⁾ Já a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças, apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não identifica sob seus códigos nenhuma condição nosológica que contemple o período gestacional em pacientes que apresentem um primeiro episódio depressivo, F32, ou um transtorno depressivo recorrente, F33.

Etiologia

Estudos genéticos e de família indicam que um subgrupo de mulheres apresenta mais risco para a depressão na gravidez. Os mecanismos ainda são pouco conhecidos mas parecem estar vinculados às oscilações intensas dos hormônios sexuais e às suas implicações em monoaminas. Os hormônios esteroides femininos, estrogênio e progesterona possuem potentes efeitos neuroreguladores em diversas funções mentais, incluindo o humor. Principalmente no segundo e terceiro trimestres da gestação ocorrem mudanças endócrinas marcantes com grande elevação nos níveis de estrogênio e progesterona. Em

mulheres suscetíveis a tais oscilações, essas alterações hormonais compõem a etiopatogênese da depressão na gravidez.⁽¹⁶⁾

Outros fatores etiológicos gestacionais sugeridos incluem desregulação hormonal da tireoide, níveis reduzidos de melatonina e alterações do cortisol e de fatores imunológicos. A relevância dos mecanismos inflamatórios na etiopatologia da depressão perinatal também é cada vez mais reconhecida. Sintomas depressivos estão relacionados à elevação da expressão de certas citocinas pró-inflamatórias, como a interleucina 6, que ativa uma enzima metabolizadora de triptofano, reduzindo a disponibilidade de serotonina na sinapse. De fato, alguns estudos identificam a associação dos níveis de interleucina 6 com a depressão pré-natal.⁽¹⁷⁾

Fisiopatologia

A depressão tem sido associada a disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, e alterações neuroendócrinas gestacionais podem ser fatores precipitantes. A placenta produz hormônios como o cortisol, que levam à infraregulação de receptores no hipotálamo e na hipófise. Esse processo parece ser um elemento significativo de vulnerabilidade para manifestações de alteração do humor. Com efeito, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é a maior ligação neurobiológica entre fatores fisiopatológicos da depressão, que atuam por meio de respostas imunológicas e endócrinas.⁽¹⁸⁾

Assim, buscando investigar a fisiopatologia da depressão gestacional, foi estudado o nível do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) durante a gravidez e sua relação com a depressão materna. Observou-se que mulheres com níveis inferiores de BDNF no segundo e terceiro trimestres foram significativamente mais propensas a reportar sintomas depressivos durante o terceiro trimestre. Estudos relacionados apontam BDNF como marcador biológico promissor para auxiliar no diagnóstico da depressão na gravidez ao identificar mulheres mais vulneráveis à doença. O BDNF é uma neurotrofina envolvida na modulação da plasticidade sináptica que promove a sobrevivência dos

neurônios, seu crescimento e a diferenciação em novos neurônios e sinapses. Durante a gravidez, o BDNF participa do desenvolvimento folicular, da implantação e da placentação nos tecidos reprodutivos.⁽¹⁹⁾

Diagnóstico

As características clínicas depressivas mais típicas são anedonia (perda de interesse ou prazer), fadigabilidade (energias psíquica e psicomotora reduzidas) e rebaixamento do humor (humor depressivo), no qual, frequentemente, há pouca ou nenhuma responsividade a circunstâncias positivas. Outros sintomas e sinais comuns são os sentimentos de culpa e inutilidade, distúrbios do sono e alterações alimentares. Necessariamente, e de modo marcante, as manifestações devem impactar negativamente as atividades sociais e ocupacionais da pessoa. Usualmente, os sintomas e sinais devem durar pelo menos 2 semanas para a caracterização do episódio depressivo (Quadro 1). Há permanente necessidade de excluir outras doenças e estados psíquicos do ciclo vital humano.⁽¹⁵⁾

Quadro 1. Critérios diagnósticos para quadro de depressão maior

Pelos menos 5 sintomas dos descritos a seguir, por pelo menos 2 semanas, quase todos os dias, e pelo menos um deles deve ser:

- Humor deprimido

- Perda de interesse ou prazer

Outros sintomas são:

- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite

- Insônia ou hipersonia

- Agitação ou retardo psicomotor

- Fadiga ou perda de energia

- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada

- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão

- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

Há sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

Excluir efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica

Especificador: com início no periparto

Pode ser aplicado ao episódio atual ou ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gravidez ou nas 4 semanas seguintes ao parto

Fonte: adaptado de APA.⁽¹⁵⁾

A depressão na gestação pode ser subestimada pela sobreposição de determinadas manifestações depressivas com queixas típicas da gravidez, como fadiga e distúrbios do sono, da alimentação ou sexuais. Logo, o médico deve estar particularmente atento a outros sintomas e sinais depressivos importantes, como anedonia e isolamento social.⁽²⁰⁾

Um estudo realizado em uma maternidade de São Paulo constatou que aproximadamente 79% das mulheres que apresentavam depressão de moderada a grave não foram diagnosticadas ao longo do pré-natal.⁽²¹⁾ Em outra pesquisa na mesma cidade, gestantes de alto risco acompanhadas em pré-natal de um hospital público universitário foram investigadas a respeito da presença de depressão moderada a grave. Constatou-se que 9% das mulheres participantes apresentavam a doença, porém nenhuma utilizava tratamento farmacológico para depressão. De acordo com os pesquisadores, a carência terapêutica indica provável ausência do diagnóstico.⁽²²⁾

As seguintes instituições recomendam formalmente o rastreamento rotineiro da depressão na gestação: *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*; *American Medical Association (AMA)*; *National Institute for Health and Care Excellence (Nice)*; *American Pediatrics Association (AAP)*; *American Academy of Family Physicians (AAFP)*.^(7,8)

O obstetra está em posição privilegiada para realizar o rastreamento da depressão nas gestantes, mas existem obstáculos para essa conduta, como carência de tempo, estigma relacionado às doenças psiquiátricas na gravidez e no pós-parto – denominado de psicofobia perinatal – e treinamento insuficiente ou inadequado. Assim, os índices de referência e encaminhamento de gestantes com depressão à psiquiatria segundo os obstetras ainda são incipientes.^(7,8)

As diretrizes citadas a respeito da prevenção secundária da depressão orientam que obstetras sejam ativos perante as gestantes e realizem o ras-

tratamento empregando instrumento padronizado e validado. O Nice, em suas recomendações mais recentes, sugere que seja feito breve rastreio para depressão por meio de duas perguntas simples, que abordam a presença de sentimentos depressivos e a percepção de pouco interesse pelas atividades diárias no último mês (Quadro 2). A resposta positiva para uma dessas perguntas pode indicar que a mulher apresenta mais risco para quadro depressivo, devendo-se, então, aplicar um instrumento validado para uma avaliação mais completa.⁽⁸⁾

Quadro 2. Rastreio para depressão periparto

Em consulta pré-natal ou de avaliação pós-parto, fazer essas perguntas, de forma sistemática, a todas as pacientes:

1. Durante o mês passado, você se sentiu incomodada com frequência por se sentir deprimida ou sem esperança?
 2. Durante o mês passado, você se sentiu incomodada com frequência por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
- Uma resposta positiva indica a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Fonte: adaptado de *National Institute for Health and Care Excellence*.⁽⁹⁾

Na gravidez, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é o instrumento mais recomendado e utilizado.⁽²³⁾ Essa escala foi traduzida, adaptada e validada para brasileiros. Sua aplicação é relativamente rápida e simples. É de domínio público, portanto, gratuita e pode ser reproduzida desde que sua referência original seja citada em cada cópia.⁽²⁴⁾

Um diagnóstico diferencial essencial a ser realizado é o de transtorno bipolar.⁽²⁵⁾ O diagnóstico incorreto de depressão em gestantes com tal doença pode levar a tratamento inefetivo, induzir episódio maníaco ou psicótico e aumentar o risco de suicídio. A gestação é o período de maior vulnerabilidade para recorrência de episódios de transtorno bipolar, particularmente em mulheres que apresentam história de tratamento psiquiátrico hospitalar, comorbidades psiquiátricas em curso ou suspensão de medicamento pertinente durante a gravidez.⁽²⁶⁾

Tratamento

A abordagem terapêutica de quadros depressivos deve incluir intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas de forma isolada ou combinada.⁽²⁷⁾

Segundo manual do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), diretrizes atuais sobre o tratamento da depressão em grávidas dividem o manejo no primeiro episódio de depressão e os casos de depressão recorrente, incluindo mulheres que já estavam tomando antidepressivos antes da gravidez. No primeiro grupo, intervenções não farmacológicas devem ser enfatizadas, mas a combinação com tratamento medicamentoso é recomendada quando sintomas moderados a graves são presentes ou se a psicoterapia não foi suficientemente eficaz. No segundo grupo, a descontinuação do tratamento deve ser considerada em mulheres minimamente sintomáticas há, pelo menos, 6 meses e não que têm histórico de recidiva sintomática da medicação.⁽⁸⁾

Uma metanálise recente recomenda que centros que fazem acompanhamento pré-natal realizem, regularmente, avaliações psicoterapêuticas e terapias para aliviar a depressão e a ansiedade e melhorar a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez.⁽²⁸⁾ Essa é, portanto, uma estratégia interessante quando se deseja minimizar os potenciais riscos ao uso de psicofármacos na gestação.

Além disso, deve fazer parte do manejo clínico o fornecimento de informações claras para a gestante acerca de seu quadro, discutindo sobre as opções de tratamento e prevenção; os benefícios e danos potenciais de intervenções psicológicas ou medicamentosas; as possíveis consequências de não fazer tratamento e o que pode acontecer se o tratamento for alterado ou interrompido, especialmente se a medicação psicotrópica for interrompida abruptamente.⁽²⁹⁾

Evitar o uso racional de medicamentos psiquiátricos para garantir uma gravidez livre de riscos é uma estratégia clínica frágil e contestável. Ainda que existam estudos descrevendo riscos associados ao uso de antidepressivos durante a gravidez (Quadro 3), tais achados não foram encontrados em outras

pesquisas primárias nem em metanálises. Ressalte-se que as características das amostras e dos métodos dos estudos citados e a magnitude dos efeitos estimados não permitem inferências definitivas a respeito de tais associações.

(30-35)

Quadro 3. Possíveis riscos do uso de antidepressivos durante a gravidez.

Paroxetina e malformações cardiovasculares - principalmente defeitos septais - com magnitude de medidas de associação que oscilaram maiormente entre 1,5 e 2,5
 ISRSs e hipertensão pulmonar persistente do neonato, estimada em 0,20 a 0,60% das grávidas expostas a antidepressivos, com magnitude de medidas de associação em torno de 1,28
 ISRSs, tricíclicos e sinais heterogêneos de má adaptação neonatal aguda, uma síndrome associada a 15 até 30% das grávidas expostas a antidepressivos, habitualmente com duração limitada e sem sequelas para o neonato
 Sertralina e atresia anal, com magnitude de medidas de associação que oscilaram entre 2,5 e 4,4

Fonte: Bérard et al.,^(31,32) Kieviet et al.,⁽³³⁾ Nörby et al.,⁽³⁴⁾ Furu et al.⁽³⁵⁾ e Louik et al.⁽³⁶⁾
 ISRS: inibidor seletivo de recaptação da serotonina.

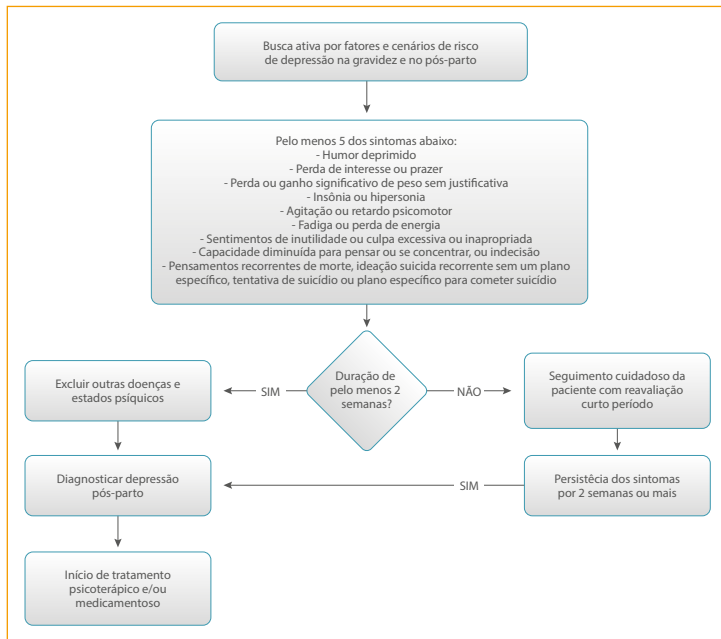
Mulheres que tenham sintomas leves e moderados devem receber suporte psicossocial na Atenção Primária. Casos que não melhorem com esse suporte devem ter associação de acompanhamento psicoterápico. O tratamento medicamentoso é recomendado quando os sintomas depressivos não se resolvem apenas com tratamento psicoterápico, quando os sintomas são graves e requerem tratamento rápido ou quando a paciente prefere medicação antidepressiva.⁽³⁷⁾

Ao escolher um antidepressivo deve-se levar em consideração: se a mulher já usou essa medicação previamente e qual foi sua resposta; o estágio da gestação; dados atualizados sobre o uso desse medicamento na gestação; riscos em caso de descontinuação e a possibilidade da síndrome de má adaptação neonatal, que pode ocorrer com antidepressivos tricíclicos e inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina, em particular paroxetina e venlafaxina.

O uso de sertralina tem se mostrado opção segura no tratamento de sintomas depressivos perinatais, especialmente no pós-parto, em razão da disponibilidade de dados tranquilizadores quanto à lactação. Sugere-se iniciar o tra-

tamento com dose de 50 mg por dia, reavaliando-o em 1 semana para efeitos colaterais e tendência suicida. Aumentar a cada 2 semanas, até remissão dos sintomas, com dose diária máxima de 200 mg.⁽³⁷⁾

Fluxograma de conduta



Recomendações finais

Deve haver diálogo e esclarecimentos médicos prévios à concepção para mulheres que apresentam ou apresentaram manifestações psiquiátricas depressivas ou que estão em uso de medicamentos psiquiátricos. A conduta ideal é

realizar planejamento terapêutico pré-concepcional que envolva o obstetra e o psiquiatra da paciente, em mútua colaboração.

O obstetra está em posição privilegiada para realizar o rastreamento da depressão nas gestantes. A utilização das duas perguntas-chave para investigar depressão perinatal, complementada com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, é recomendada.

A abordagem terapêutica de quadros depressivos deve incluir intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas de forma isolada ou combinada.

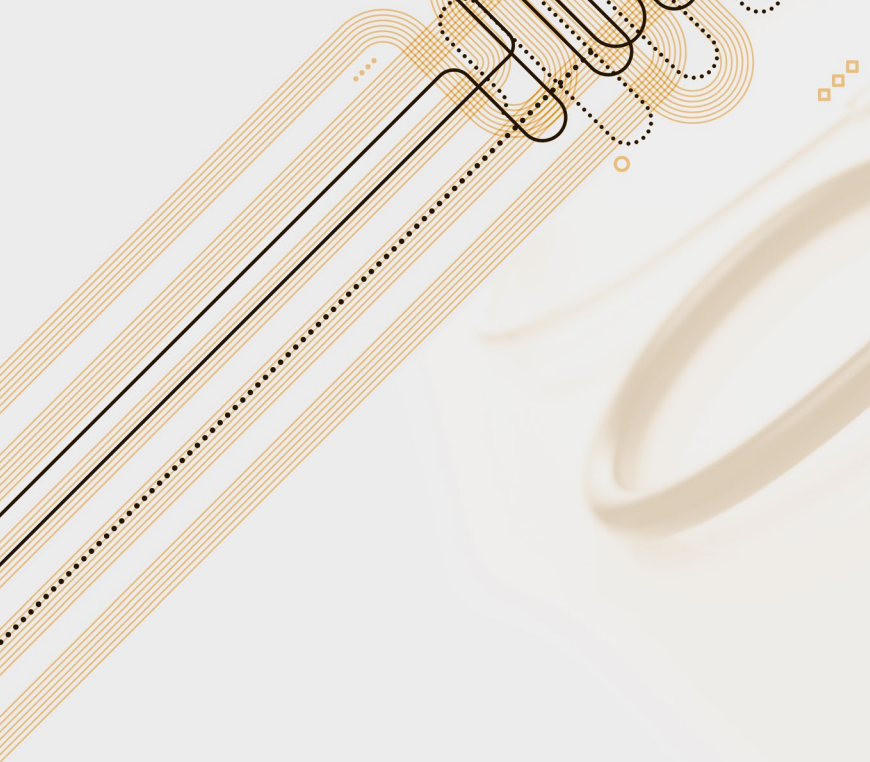
Não há um antidepressivo único que possa ser considerado a melhor opção para todas as pacientes com depressão durante a gestação nem antidepressivo que seja absolutamente contraindicado. Assim, recomenda-se sempre conduta individualizada, proveniente da análise minuciosa das particularidades de cada caso e do discernimento rigoroso das melhores evidências disponíveis. Portanto, o exame crítico de cada estudo primário à luz do conhecimento em epidemiologia clínica perinatal é um trabalho insubstituível.

Referências

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de orientação gestação de alto risco. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2011 [citado 2024 Jun 23]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTAÇÃO-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf>
2. James D. High risk pregnancy. In: Studd J (ed.). Progress in obstetrics & gynecology. London: Churchill Livingstone; 1989. p. 53-73.
3. Castro e Couto T, Brancaglioni MY, Cardoso MN, Faria GC, Garcia FD, Nicolato R, et al. Suicidality among pregnant women in Brazil: prevalence and risk factors. Arch Womens Ment Health. 2016;19(2):343-8.
4. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. Arch Womens Ment Health. 2016;19(5):741-51.
5. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. Obstet Gynecol. 2011;118(5):1056-63.
6. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. BMJ Open. 2014;4(11):e004883.
7. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. 2015;125(5):1268-71.
8. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2020 Dec Feb 11. (NICE Clinical Guidelines, No. 192).

9. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2):122-5.
10. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998;31(6):799-804.
11. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(12):2725-36.
12. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga AC, Ayers S, da Gama SG, Leal MD. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health.* 2016;13(3 Suppl 3):118.
13. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5-14.
14. Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, Pilling S. Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(6):745-59.
15. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.
16. Lokuge S, Frey BN, Foster JA, Soares CN, Steiner M. Depression in women: windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(11):e1563-9.
17. Bränn E, Papadopoulos F, Fransson E, White R, Edvinsson Å, Hellgren C, et al. Inflammatory markers in late pregnancy in association with postpartum depression-A nested case-control study. *Psychoneuroendocrinology.* 2017;79:146-59.
18. Orta OR, Gelaye B, Bain PA, Williams MA. The association between maternal cortisol and depression during pregnancy, a systematic review. *Arch Women Ment Health.* 2018;21(1):43-53.
19. Fung J, Gelaye B, Zhong QY, Rondon MB, Sanchez SE, Barrios YV, et al. Association of decreased serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) concentrations in early pregnancy with antepartum depression. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):43.
20. Matthey S, Ross-Hamid C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord.* 2011;133(3):546-52.
21. Chalem E, Mitsuhiro SS, Manzolli P, Barros MC, Guinsburg R, Sass N, et al. Underdetection of psychiatric disorders during prenatal care: a survey of adolescents in Sao Paulo, Brazil. *J Adolesc Health.* 2012;50(1):93-6.
22. Benute GR, Nomura RM, Reis JS, Fraguas Junior R, Lucia MC, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65(11):1127-31.
23. Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):112.
24. Castro E Couto T, Martins Brancaglion MY, Nogueira Cardoso M, Bergo Protzner A, Duarte Garcia F, Nicolato R, et al. What is the best tool for screening antenatal depression? *J Affect Disord.* 2015 Jun 1;178:12-7.
25. Merrill L, Mittal L, Nicoloro J, Caiozzo C, Maciejewski PK, Miller LJ. Screening for bipolar disorder during pregnancy. *Arch Women Ment Health.* 2015;18(4):579-83.
26. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* 2016;173(2):117-27.
27. American Psychological Association (APA). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Arlington (VA): APA; 2019.

28. Li C, Sun X, Li Q, Sun Q, Wu B, Duan D. Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. *Medicine* (Baltimore). 2020;99(27):e20947.
29. Cabailot A, Bourset A, Mulliez A, Delorme J, Orri M, Vicard-Olagne M, et al. Trajectories of antidepressant drugs during pregnancy: A cohort study from a community-based sample. *Br J Clin Pharmacol*. 2020 Aug 4.
30. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Committee Opinion No. 390, December 2007. Ethical decision making in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1479-87.
31. Bérard A, Lessa N, Chaabane S, Muanda FT, Boukhris T, Zhao JP. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;81(4):589-604.
32. Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Vinet É, Bernatsky S, Abrahamowicz M. SSRI and SNRI use during pregnancy and the risk of persistent
33. Kieviet N, de Jong F, Scheele F, Dolman KM, Honig A. Use of antidepressants during pregnancy in the Netherlands: observational study into postpartum interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):23.
34. Nörby U, Forsberg L, Wide K, Sjörs G, Winbladh B, Källén K. Neonatal morbidity after maternal use of antidepressant drugs during pregnancy. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20160181.
35. Furu K, Kieler H, Haglund B, Engeland A, Selmer R, Stephansson O, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population based cohort study and sibling design. *BMJ*. 2015;350:h1798. - Erratum in: *BMJ*. 2015;350:h2235.
36. Louik C, Lin AE, Werler MM, Hernández-Díaz S, Mitchell AA. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2007;356(26):2675-83.
37. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-86.



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

COMPORTAMENTO,
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA