

CAPÍTULO 10

DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RASTREIO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO SEGURO

GABRIELLA ANTONIA BRAGA DE OLIVEIRA¹
LUANA VICENTINO SILVA²
BRUNA AZAMBUJA FRANÇA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

²Discente - Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, São Paulo, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Saúde Mental Perinatal; Rastreo; Manejo Seguro.

INTRODUÇÃO

A depressão durante a gestação é frequente, subdiagnosticada e clinicamente relevante por afetar adesão ao pré-natal, autocuidado, nutrição, sono, uso de substâncias, controle de comorbidades e vínculo familiar, além de se associar a piores desfechos maternos e perinatais quando não reconhecida e tratada de forma adequada. Na APS, a apresentação costuma ser inespecífica, misturando sintomas afetivos, cognitivos e somáticos que se sobrepõem à própria fisiologia da gestação, o que aumenta o risco de trivialização (“é normal na gravidez”) ou de medicalização pouco criteriosa, especialmente quando o serviço não dispõe de fluxos claros, instrumentos de triagem validados e rede de cuidado psicossocial articulada (HOWARD *et al.*, 2020; WHO, [s.d.]).

Diretrizes contemporâneas recomendam rastreio sistemático em momentos-chave da gestação, utilizando instrumentos validados e, principalmente, com sistemas organizados para garantir avaliação diagnóstica, acesso a intervenções psicossociais e acompanhamento longitudinal. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda rastreio para depressão e ansiedade no início do pré-natal, em momento posterior da gestação e no pós-parto, desde que existam mecanismos de encaminhamento e tratamento oportuno (ACOG, 2023a; ACOG, 2023b). O NICE (CG192) mantém orientação abrangente para reconhecimento, avaliação e tratamento de problemas de saúde mental no período antenatal e pós-natal, com ênfase em cuidado escalonado e decisão compartilhada (NICE, 2020). No contexto brasileiro, materiais de APS e entidades científicas reforçam a importância do reconhecimento pre-

coce, do cuidado centrado na gestante e da integração com a rede (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; FEBRASGO, s.d.).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é oferecer uma abordagem avançada, reprodutível e segura para a APS no manejo da depressão na gestação, integrando rastreio em pontos estratégicos do pré-natal, diagnóstico diferencial clinicamente orientado, estratificação de gravidade e risco, intervenções psicossociais e farmacológicas com avaliação benefício-risco, organização do seguimento e critérios de encaminhamento e cogerência com a rede.

Rastreio e diagnóstico diferencial na APS

A lógica avançada na APS é separar “triagem” de “diagnóstico”: instrumentos como EPDS e PHQ-9 identificam risco e gravidade provável, mas não substituem avaliação clínica. O rastreio só é válido quando existe rota clara para confirmar diagnóstico, avaliar risco e iniciar intervenção de forma oportuna (ACOG, 2023a; NICE, 2020).

Quando rastrear e como operacionalizar

Uma estratégia consistente é rastrear pelo menos em três momentos: primeira consulta do pré-natal, um ponto posterior da gestação (por exemplo, 2º ou 3º trimestre) e reavaliar se houver mudança clínica, intercorrências obstétricas, violência, perda gestacional anterior, agravamento de comorbidades ou queixas somáticas persistentes. A recomendação do ACOG explicita essa periodicidade e enfatiza que o rastreio deve estar acoplado a sistemas de encaminhamento e tratamento (**Tabela 10.1**) (ACOG, 2023a; ACOG, 2023b).

Tabela 10.1 Estratégia prática de rastreio na APS

Momento no pré-natal	Objetivo	Instrumento sugerido	Conduta após resultado positivo
1ª consulta	captar risco basal e vulnerabilidades	EPDS ou PHQ-9	avaliação clínica + plano de cuidado
Gestação intermediária	detectar casos incidentes/piora	EPDS ou PHQ-9	estratificar gravidade e iniciar intervenção
A qualquer momento	resposta a estressores/intercorrências	instrumento + entrevista clínica	ajustar intensidade do cuidado e rede

Fonte: ACOG, 2023a; NICE, 2020; FEBRASGO, [s.d.]

Diagnóstico clínico e diferenciação do “somático da gravidez”

O diagnóstico de episódio depressivo maior requer avaliação clínica estruturada, incluindo duração, impacto funcional, anedonia/humor deprimido, sintomas cognitivos (culpa, desesperança), sintomas neurovegetativos e curso. É essencial reconhecer que alterações de sono, apetite e fadiga podem ser fisiológicas na gestação; por isso, em APS, o peso diagnóstico tende a ser maior para sintomas cognitivo-afetivos e para prejuízo funcional sustentado. Critérios diagnósticos formais podem ser usados como referência, mas a tomada de decisão clínica deve integrar contexto e risco (NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, 2013; NICE, 2020).

Diagnóstico diferencial avançado (o que muda conduta e segurança)

Em gestantes, o diferencial é particularmente relevante porque alguns quadros exigem condutas específicas e podem piorar com intervenções inadequadas:

- Transtorno bipolar e história de hipomania/mania: antes de iniciar antidepressivo, é prudente avaliar história de episódios prévios, especialmente quando há irritabilidade intensa, variação abrupta de energia, redução importan-

te de necessidade de sono e antecedentes familiares. Diretrizes do ACOG incluem triagem e diagnóstico de transtornos do espectro bipolar no contexto do rastreio perinatal (ACOG, 2023a).

- Transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) perinatal e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): podem coexistir ou predominar, influenciando escolha terapêutica e necessidade de psicoterapia direcionada (NICE, 2020; ACOG, 2023b).

- Condições clínicas que mimetizam depressão ou agravam sintomas: anemia, disfunções tireoidianas, efeitos adversos medicamentosos, distúrbios do sono e dor crônica; a APS deve ter baixo limiar para revisar exames e contexto clínico quando sintomatologia é atípica, refratária ou de início abrupto (BRASIL, 2011; NICE, 2020).

- Violência doméstica e vulnerabilidades sociais: frequentemente se expressam como depressão/somatização e exigem abordagem de segurança e rede intersetorial (BRASIL, 2016; NICE, 2020).

- Uso de álcool e outras drogas: precisa ser investigado de forma não julgadora por impacto em risco materno-fetal e por demandar intervenções específicas e rede (NICE, 2020; WHO, 2016).

Checklist de avaliação clínica “enxuta e avançada” na APS (**Quadro 10.1**):

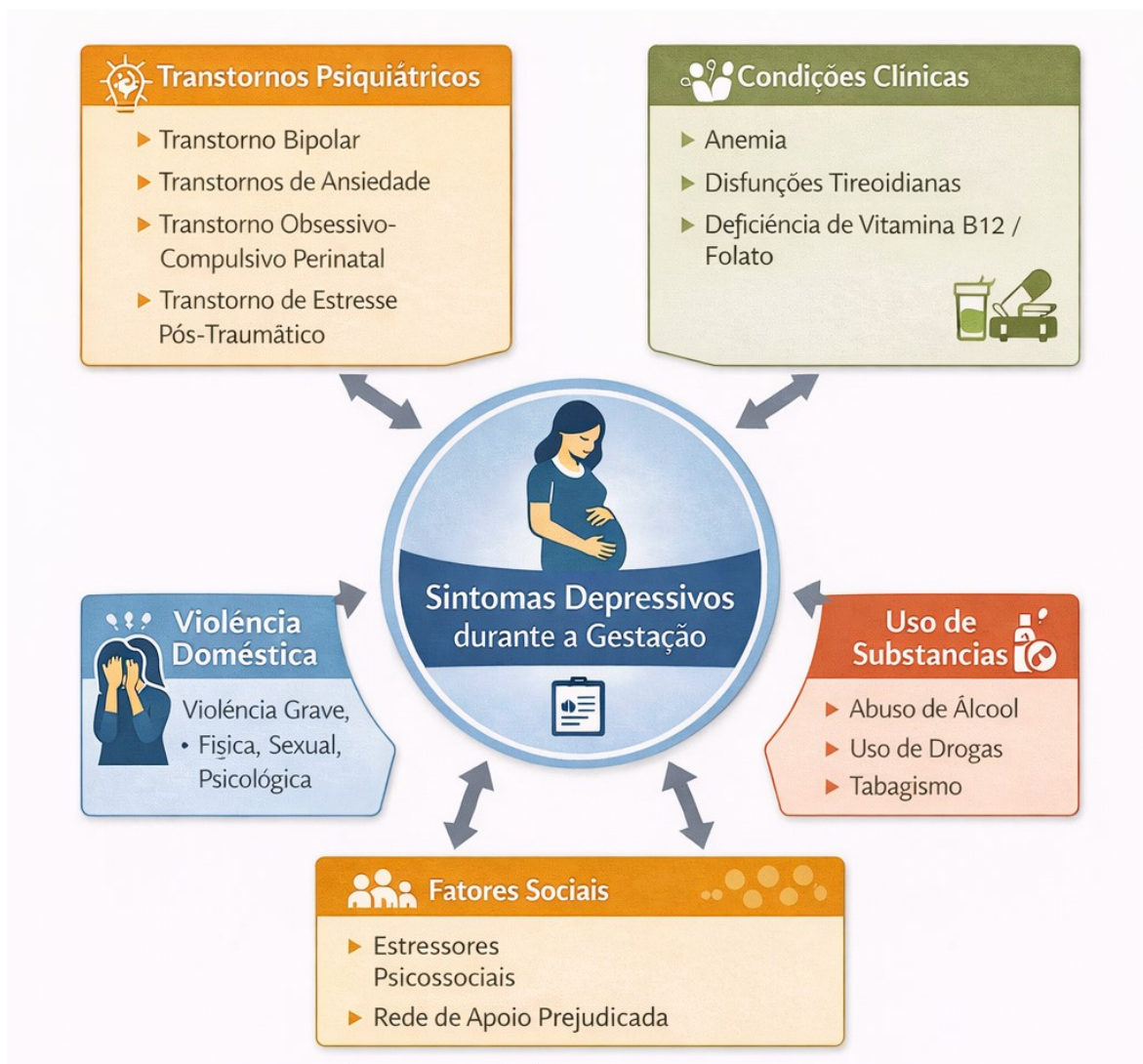
Quadro 10.1 Avaliação inicial na APS

● Confirmar tempo de sintomas e prejuízo funcional
● Sintomas cognitivo-afetivos predominantes e persistentes
● História psiquiátrica prévia e resposta a tratamentos anteriores
● História de bipolaridade/hipomania e antecedentes familiares
● Uso de substâncias e comorbidades clínicas relevantes
● Violência, suporte social, insegurança alimentar, estressores agudos
● Definir gravidade e necessidade de intensificação/cogestão
● Elaborar plano de seguimento com retorno programado

Fonte: NICE, 2020; ACOG, 2023a; FEBRASGO, [s.d.].

A **Figura 10.1** ilustra condições psiquiátricas, clínicas e sociais que podem mimetizar ou coexistir com sintomas depressivos durante a gestação. Inclui transtornos psiquiátricos como transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo perinatal e transtorno de estresse pós-traumático; condições clínicas como anemia, disfunções tireoidianas e deficiência de vitamina B12 ou folato; além de fatores psicossociais relevantes como violência doméstica, uso de substâncias e vulnerabilidades sociais.

Figura 10.1 Diagnóstico diferencial de sintomas depressivos durante a gestação



Fonte: Adaptado de NICE (2020); BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011); ACOG (2023a).

Manejo seguro na APS: cuidado escalonado, psicoterapia e farmacoterapia

A condução avançada na APS deve se basear em cuidado escalonado: intervenções menos intensivas e estruturadas para quadros leves a moderados, com intensificação conforme gravidade, persistência, histórico prévio, comorbidades e resposta. NICE CG192 recomenda esse modelo e o ACOG detalha princípios de tratamento no período perinatal, incluindo psicoterapia e psicofarmacoterapia com avaliação benefício-risco e decisão compartilhada (NICE, 2020; ACOG, 2023b).

Na **Figura 10.2** a pirâmide representando o modelo de cuidado escalonado para manejo da depressão durante a gestação. O manejo inicia na APS com intervenções psicossociais, acompanhamento clínico e terapia breve baseada em evidências. Conforme aumento da gravidade ou persistência dos sintomas, a gestante pode ser encaminhada para serviços especializados de saúde mental, ambulatórios especializados para casos graves ou complexos, ou, em situações de risco elevado, para internação psiquiátrica.

Figura 10.2 Modelo de cuidado escalonado para depressão durante a gestação



Fonte: Adaptado de NICE (2020); ACOG (2023); WHO (2016).

Intervenções psicossociais como núcleo (inclusive quando há medicação)

Para quadros leves a moderados, psicoterapia baseada em evidências (TCC e terapia interpessoal) é frequentemente primeira linha quando disponível, e intervenções breves estruturadas podem ser implementadas pela APS

quando acesso é limitado. Evidências e diretrizes reforçam que psicoeducação, ativação comportamental e resolução de problemas, com seguimento curto, podem reduzir sintomas e melhorar funcionalidade, especialmente quando o cuidado é contínuo (**Tabela 10.2**) (NICE, 2020; WHO, 2016; BRASIL, 2016).

Tabela 10.2 Cuidado escalonado na APS por gravidade e resposta

Gravidade provável	Conduta base na APS	Reavaliação	Quando intensificar
Leve	psicoeducação + ativação comportamental + suporte social	2–4 semanas	persistência, piora funcional, comorbidades
Moderada	psicoterapia estruturada quando disponível; considerar farmacoterapia conforme perfil	1–3 semanas	falha terapêutica, histórico grave, risco aumentado
Grave/complexa	cogestão imediata com rede; farmacoterapia com monitorização; plano intensivo	curto (dias-semanas)	necessidade de serviço especializado e monitorização

Fonte: NICE, 2020; ACOG, 2023b; WHO, 2016.

Farmacoterapia na gestação: decisão compartilhada e “benefício-risco” real

A farmacoterapia antidepressiva na gestação é tema sensível porque envolve riscos potenciais do medicamento e riscos concretos da doença não tratada. Diretrizes recentes do ACOG reforçam que o tratamento é apropriado quando indicado, com foco em psicofarmacoterapia dentro do escopo do cuidado obstétrico/primário, considerando gravidade, histórico de recorrência, resposta prévia e preferências da gestante (ACOG, 2023b). NICE CG192 também orienta avaliação benefício-risco e planejamento conjunto, evitando interrupções abruptas (NICE, 2020).

Princípios avançados para a APS

- Evitar iniciar antidepressivo sem avaliação mínima do risco de transtorno bipolar, pois

isso muda segurança e manejo (ACOG, 2023a).

- Priorizar monoterapia na menor dose efetiva e reduzir trocas frequentes sem janela adequada de avaliação; a “instabilidade terapêutica” aumenta risco de não adesão e desfechos ruins.

- Considerar manutenção em gestantes que já usavam antidepressivo com boa resposta e apresentam risco elevado de recaída, após decisão compartilhada; diretrizes internacionais revisadas discutem continuidade em parte significativa dos cenários, especialmente quando há histórico de recorrência (ACOG, 2023b; MOLENAAR *et al.*, 2018).

- Monitorar efeitos adversos e evolução clínica com retornos curtos; a APS deve ter rotina de checagem de adesão e sintomas funcionais, além de coordenação com obstetria e, quando necessário, psiquiatria.

Medicações e escolhas

Este capítulo não substitui protocolos locais e avaliação individual. Em geral, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs) são amplamente utilizados em contexto perinatal; a escolha deve considerar histórico de resposta, perfil de tolerabilidade, comorbidades e interações. O aspecto crítico para a APS é estabelecer um plano com metas clínicas, intervalo de reavaliação e integração com obstetrícia e rede de saúde mental (ACOG, 2023b; NICE, 2020).

Segurança clínica e avaliação de risco

A depressão perinatal pode se associar a risco aumentado de eventos graves. A APS deve sempre avaliar segurança de forma direta, acolhedora e estruturada, e acionar rede e serviços de urgência quando identificar risco alto, sem depender apenas de instrumento de triagem. A OMS destaca a relevância clínica do sofrimento materno e a necessidade de tratamento e apoio (WHO, s.d.). O ACOG inclui o tema de “sintoma de suicidabilidade” no contexto de rastreio e diagnóstico, reforçando que o rastreio precisa de sistemas de resposta e cuidado (ACOG, 2023a).

Nesta seção, a recomendação prática para a APS é: reconhecer sinais de gravidade, intensificar seguimento e encaminhar imediatamente quando necessário, sem detalhar conteúdos potencialmente danosos.

Indicadores de gravidade e necessidade de rede no mesmo dia está descrito no **Quadro 10.2**.

Seguimento longitudinal, coordenação com rede e indicadores de qualidade na APS

A diferença entre APS “informativa” e APS “resolutiva” é o seguimento. Depressão na gestação não se maneja com consulta única. O cuidado avançado exige: retorno programado,

ajuste de plano conforme resposta, acompanhamento de comorbidades, suporte social e integração com rede psicossocial. Em países onde a maior parte do cuidado perinatal é feito na atenção primária, recomenda-se que o rastreio esteja ligado a caminhos claros de cuidado e que a APS mantenha a coordenação longitudinal mesmo quando há cogestão com serviços especializados (NICE, 2020; ACOG, 2023b).

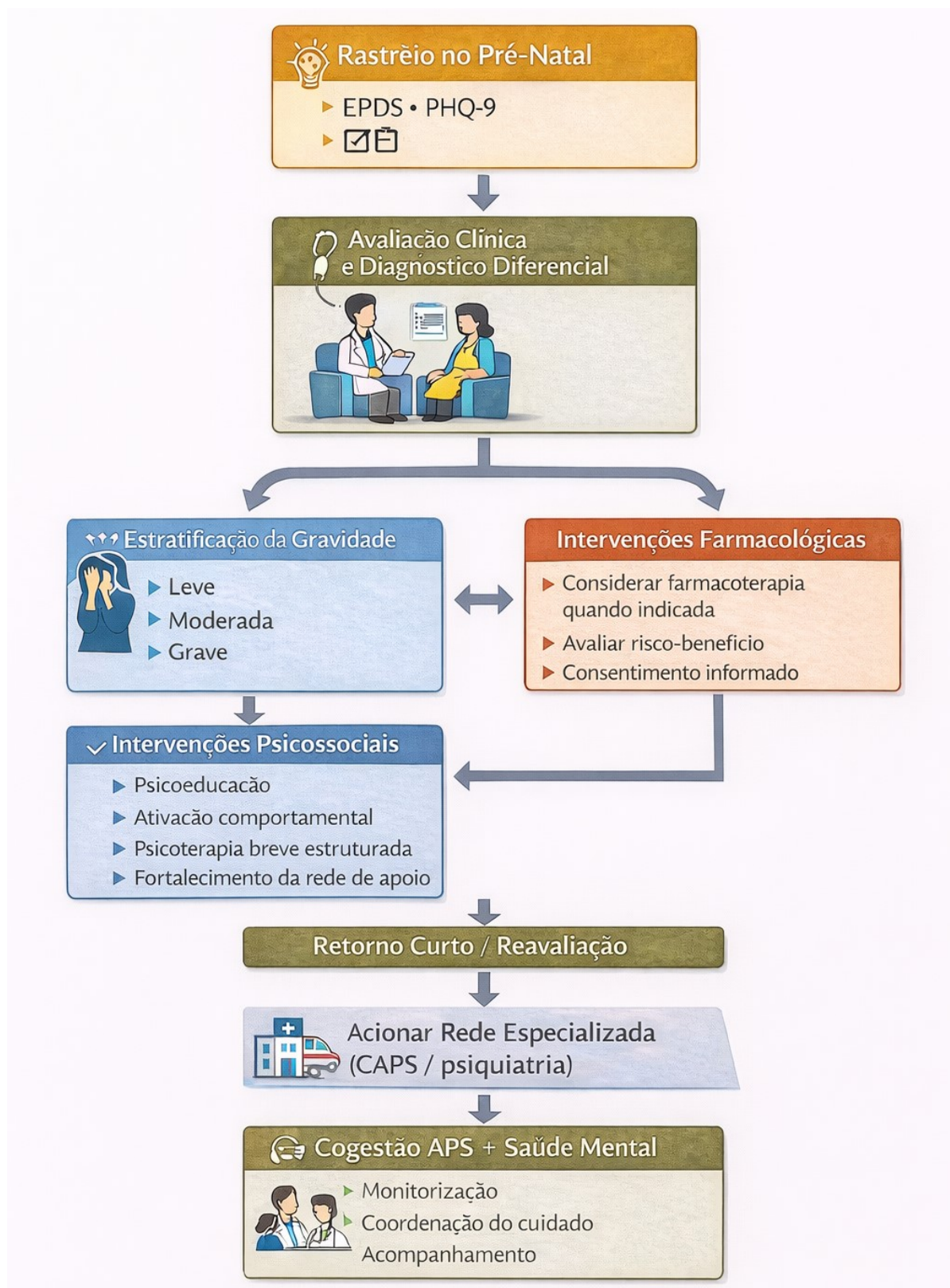
Na **Figura 10.2 e 10.3**, o fluxograma ilustra o manejo clínico da depressão durante a gestação na APS. O diagrama apresenta as etapas de rastreio no pré-natal com instrumentos validados, avaliação clínica e diagnóstico diferencial, estratificação da gravidade do quadro, implementação de intervenções psicossociais e farmacológicas quando indicadas, retorno programado para reavaliação, acionamento da rede especializada e manutenção de cogestão entre a Atenção Primária e serviços de saúde mental.

Quadro 10.2 Quando intensificar e encaminhar no mesmo dia

● Sintomas intensos com prejuízo funcional importante e rápido declínio
● Sinais de risco elevado à segurança da gestante ou incapacidade de autocuidado
● Suspeita de transtorno bipolar, psicose perinatal ou desorganização importante
● Uso problemático de substâncias com risco clínico ou social relevante
● Violência grave em curso ou ausência total de rede de proteção
● Falha terapêutica com piora progressiva apesar de cuidado estruturado

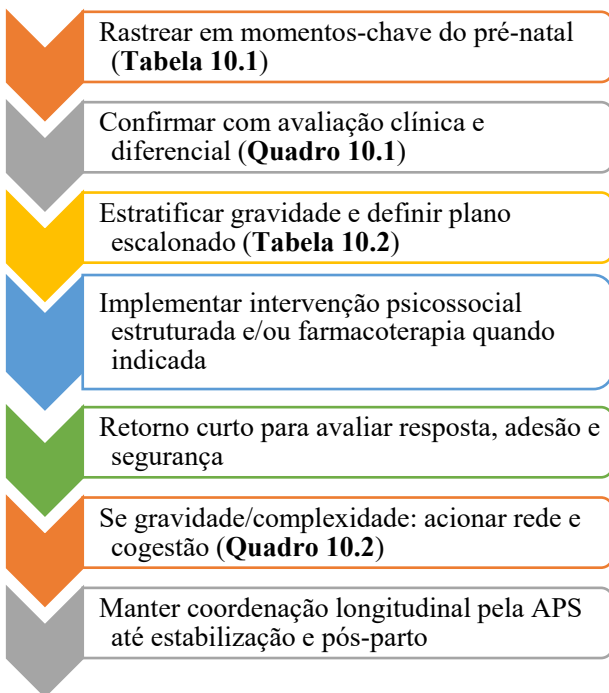
Fonte: ACOG, 2023a; NICE, 2020; WHO, 2016.

Figura 10.3 Fluxo de manejo da depressão na gestação na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptado de NICE, 2020; ACOG, 2023; WHO, 2016).

Figura 10.3 Fluxo reprodutível APS: rastreio → diagnóstico → cuidado escalonado → rede



Fonte: ACOG, 2023a; NICE, 2020; WHO, 2016; BRASIL, 2011.

Implementação prática na APS: o que melhora desfecho de verdade

- Agenda de retornos curtos para gestantes com rastreio positivo e plano terapêutico documentado.
- Registro mínimo padronizado: instrumento utilizado, escore, diagnóstico clínico provável, plano, data de retorno e pontos de segurança.
- Articulação com RAPS/CAPS e com obstetrícia de referência, com contrarreferência

clara. A RAPS foi instituída para organizar esse cuidado no SUS, e a APS deve se ancorar nela para casos moderados a graves e complexos (BRASIL, 2011).

- Indicadores de qualidade: proporção de gestantes rastreadas em cada trimestre, tempo entre rastreio positivo e primeira intervenção, taxa de retorno em 30 dias, e proporção de casos graves com cogestão documentada.

A depressão na gestação, em nível avançado na APS, exige método e rede. A prática de maior impacto combina rastreio sistemático em pontos estratégicos do pré-natal, avaliação clínica que reconhece a sobreposição de sintomas com a fisiologia gestacional e que não negligencia diagnósticos diferenciais críticos (como bipolaridade, violência e uso de substâncias), e manejo seguro baseado em cuidado escalonado. Intervenções psicossociais estruturadas e acompanhamento longitudinal são o núcleo do cuidado, com farmacoterapia indicada de forma criteriosa e compartilhada quando gravidade, história clínica e risco de recaída justificam. A APS deve sustentar retornos curtos, checar adesão e segurança, e coordenar a cogestão com a rede psicossocial e obstétrica quando necessário, transformando diretrizes em desfechos concretos para gestante, família e recém-nascido (ACOG, 2023a; NICE, 2020; HOWARD *et al.*, 2020; BRASIL, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 2023a. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/screening-and-diagnosis-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>. Acesso em: 03 mar. 2026.

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 2023b. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/treatment-and-management-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (3ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

FEBRASGO. Depressão. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, s.d. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/fluxopdf/assets/pdf/Depressao.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2026.

HOWARD, L.M. *et al.* Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, v. 19, p. 313-327, 2020.

MOLENAAR, N.M. *et al.* Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: an international review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 52, 2018.

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. Table: DSM-IV to DSM-5 Major Depressive Episode Criteria Comparison. NCBI Bookshelf, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t5/>. Acesso em: 03 mar. 2026.

NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>. Acesso em: 03 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (version 2.0). Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mental health. Geneva: WHO, s.d. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>. Acesso em: 03 mar. 2026.