REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

TÓPICOS ESSENCIAIS SOBRE SEGURANÇA CARDIOVASCULAR NA PSICOFARMACOLOGIA

ESSENTIAL TOPICS ON CARDIOVASCULAR SAFETY IN PSYCHOPHARMACOLOGY

Ciências da Saúde • 29/04/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/777346067

José Marcos Girardi[1]

Nilson de Oliveira Júnior[2]

Thiago Silva[3]

Jésica Eliza Ferreira[4]

Isadora Araújo Girardi[5]

RESUMO

Doenças mentais podem impactar no perfil metabólico dos pacientes, favorecendo obesidade, alteração da frequência cardíaca, resistência vascular periférica, hipertensão arterial, arritmias cardíacas, entre outros. Nos pacientes cardiopatas com transtornos psiquiátricos, algumas recomendações são importantes, principalmente a fim de evitar a prescrição de determinados fármacos utilizados para tratamento da saúde mental. O objetivo desta revisão é identificar como a farmacoterapia na doença neuropsiquiátrica pode interferir na segurança do paciente cardiopata. A metodologia empregada para a revisão narrativa incluiu artigos das bases de dados Google Acadêmico, PubMed, Science Direct, Scielo e Medline e descritores: "*anxious AND antidepressant AND cardiovascular disease AND pharmacology".* O acrônimo ACTIVE é uma estratégia que visa estabelecer passos a serem dados pela equipe multidisciplinar, oferecendo uma abordagem holística à promoção de saúde no manejo destes pacientes. Os medicamentos comumente prescritos podem também manifestar interferência farmacológica com outros fármacos frequentemente utilizados em Cardiologia, uma vez que são metabolizados pelas mesmas coenzimas hepáticas do citocromo P450. Fármacos podem apresentar ação pró-arrítmica pelo alargamento da duração da atividade elétrica total ventricular, avaliada pelo intervalo QTc. O clínico deve pesar ambos riscos e benefícios relativos aos fármacos, em conjunto com os seus pacientes, informando-os sobre possíveis efeitos adversos, para escolher a melhor terapia farmacológica de forma individualizada e otimizar o tratamento. Estudos clínicos randomizados robustos são necessários para esclarecer questões relacionadas aos potenciais efeitos colaterais cardiovasculares e as interações medicamentosas em psiquiatria, visando garantir a proteção cardiovascular,

minimizar riscos e maximizar a segurança farmacológica.
Palavras-chave: Antidepressivos de Segunda Geração; Efeitos Adversos; Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Mental illnesses can impact on patients' metabolic profile, favoring obesity, altered heart rate, peripheral vascular resistance, hypertension, cardiac arrhythmias, among others. In cardiac patients with psychiatric disorders, certain recommendations are important, mainly to avoid prescribing certain drugs used to treat mental health. The objective of this review is to identify how pharmacotherapy in neuropsychiatric disease can interfere with the safety of the cardiac patient. The methodology employed for the narrative review included articles from the databases Google Scholar, PubMed, Science Direct, SciELO, and Medline, using the descriptions: "anxious AND antidepressant AND cardiovascular disease AND pharmacology". The acronym ACTIVE is a strategy aimed at establishing steps to be taken by the multidisciplinary team, offering a holistic approach to heatlh promotion in the management of these patients. Commonly prescribed medications may also exhibit pharmacological interference with other drugs frequently used in cardiology, since they are metabolized by the same hepatic cytochrome P450 coenzymes. Drugs may exhibit proarrhythmic action by prolonging the duration of total ventricular electrical activity, assesssed by the QTc interval. The clinician must weigh both the risks and benefits related to the drugs, together with their patients, informing them about the possible adverse effects, to choose the best pharmacological therapy in an individualized way for each individual and to optimize treatment. Robust randomized clinical trials are needed to clarify issues related to potencial cardiovascular side effects and drug interactions in psychiatry,

aiming to ensure cardiovascular protection, minimize risks, and maximize pharmacological safety.
Keywords: Antidepressive Agents; Second-Generation; Drug-Related Side Effects; Cardiovascular Diseases.

1. INTRODUÇÃO

Doenças neuropsiquiátricas apresentam incidência crescente na população geral e podem causar um risco cardiovascular adicional significativo, uma vez que os pacientes não tratados podem ter mortalidade 15 a 20 anos mais precoce (Kai; Metchthild; Tillmann, 2018). No Brasil, observou-se que esses distúrbios tiveram um aumento nas taxas de prevalência entre os anos de 2008 e 2019, elevando-se após os 40 anos de idade (Simões *et al.*, 2021), faixa etária na qual observamos maior prevalência de pacientes com fatores de risco para doença cardiovascular.

A depressão pode ser considerada um fator de risco independente e importante para doenças cardiovasculares, assim como são tradicionalmente reconhecidos a dislipidemia, diabetes, tabagismo e hipertensão arterial (Apetrei-Corduneanu *et al.*, 2020).

Pessoas com diagnóstico de doenças mentais severas como psicose, transtornos esquizofrênicos, transtorno bipolar e depressão maior estão em maior risco de doenças metabólicas do que aquelas sem estas doenças mentais (Medvedev, 2017; Lewis *et al.*, 2020). Mesmo em indivíduos considerados hígidos, o estresse mental agudo interfere em parâmetros, como frequência cardíaca, volume sistólico ventricular, débito cardíaco, microcirculação coronariana, excitação e resistência vascular periférica, com consequente aumento da pressão arterial (Victor; Vieweg; Pandurangi, 2006).

A hipertensão do avental branco é um dos exemplos clássicos onde alguns pacientes apresentam um aumento da pressão arterial quando veem um profissional médico. Desta forma poderá ocorrer uma elevação transitória adicional aos níveis pressóricos (efeito do avental branco) ou mesmo elevação significativa em pacientes previamente normotensos (hipertensão do avental branco). Este tipo de hipertensão arterial é decorrente do medo e da tensão mental sob a ação da ansiedade (Ren *et al.*, 2024).

Por outro lado, o controle do estresse emocional, por diversas técnicas existentes, pode contribuir para a prevenção da hipertensão arterial, embora careça de estudos mais robustos, resultando em redução da reatividade cardiovascular, pressão arterial e de sua variabilidade (Samesima *et al*, 2022).

O tratamento farmacológico é uma das principais opções disponíveis para o controle dos pacientes com distúrbios neuropsiquiátricos.

Psicofármacos sofrem metabolismos pelas mesmas coenzimas hepáticas do citocromo P450 onde são metabolizados também os medicamentos comumente prescritos em Cardiologia (Teply *et al.*, 2016; Kasper, 2019). As coenzimas mais comumente utilizadas e que podem metabolizar um número expressivo destes medicamentos são a CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP 2E1 e CYP3A4, o que contribui para retardar o clearance e potencializar os efeitos adversos de drogas concorrentes. (Kasper, 2019).

Considerando-se a segurança cardiovascular, os agentes tricíclicos e inibidores da monoamino oxidase não são amplamente recomendados nestes pacientes. Importante ainda destacar que

esses fármacos podem ter um importante papel pró-arrítmico, por alterarem a duração do intervalo QT e QT corrigido e/ou a repolarização ventricular (Sheridan, 2000). Os antidepressivos de segunda geração são os fármacos que se mostraram mais seguros neste contexto (Teply *et al.*, 2016). Estes fármacos podem diferir substancialmente em sua estrutura química, metabolismo e parâmetros farmacocinéticos.

Este artigo tem por objetivo revisar como a farmacoterapia na doença neuropsiquiátrica pode interferir na segurança do paciente cardiopata.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o desenvolvimento do presente trabalho utilizou-se como metodologia a revisão de literatura no formato narrativo, para a qual foram selecionados artigos que possibilitaram discutir a segurança dos medicamentos psicotrópicos prescritos para cardiopatas. Foram utilizados o Google Acadêmico, PubMed, Science Direct, Scielo e Medline como base de dados para o levantamento bibliográfico atrelados aos seguintes descritores: "*anxious AND antidepressant AND cardiovascular disease AND pharmacology*". Os artigos incluídos para construir a referente pesquisa foram publicados em inglês no período de corte temporal de 2000 a 2025 que abordassem o tema central da pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Os Princípios "ACTIVE" para Melhorar a Saúde Mental no Cuidado Cardiovascular

O Consenso Clínico publicado pela Sociedade Europeia de Cardiologia (European Society of Cardiology, 2025) sobre saúde mental e doença cardiovascular, aborda a importância de equipes multidisciplinares para oferecer uma abordagem holística à promoção de saúde no manejo destes pacientes. Além de profissionais de saúde cardiovascular e mental, a equipe Psico-Cardio deve ser complementada por outros profissionais. O cuidado deve ser garantido por meio da coordenação com a equipe multidisciplinar e os determinantes psicossociais e possíveis intervenções sociais devem ser discutidos com a referida equipe, que devem focar na melhoria da saúde mental e do cuidado cardiovascular. Profissionais com responsabilidades pela saúde pública e políticas de saúde devem assegurar que as recomendações sejam priorizadas. A atenção centrada na pessoa é uma abordagem prática relevante na conscientização de que a saúde mental do cardiopata e de seus cuidadores deva ser priorizada para a prevenção cardiovascular, através dos princípios propostos pela estratégia ACTIVE. Esta estratégia visa melhorar a saúde mental no cuidado cardiovascular. O acrônimo ACTIVE representa as expressões: *acknowledge* (reconhecer), *check* (verificar), *tools* (ferramentas), *implement* (implementar), *venture* (empreendimento), *evaluate* (avaliar). A estratégia estabelece os seguintes passos a serem dados pela equipe multidisciplinar:

Primeiro, reconheça (A) a relação complexa entre saúde mental, saúde cardiovascular e doenças cardiovasculares, seus determinantes comuns e específicos, e a influência que as condições de saúde mental podem ter no prognóstico e na equidade do cuidado. Atenção especial é necessária para identificar e eliminar possíveis vieses, disparidades e estigmas associados a condições e

transtornos de saúde mental, particularmente naqueles com transtornos mentais graves.

Segundo lugar, verifique (C) sistematicamente a presença de sintomas de condições ou transtornos de saúde mental durante consultas cardiovasculares, e verifique os fatores de risco cardiovasculares durante consultas de saúde mental.

Terceiro, use ferramentas validadas (T) para avaliar o estado de saúde mental e cardiovascular entre pessoas cardiopatas, e utilize ferramentas para informar e educar sobre a importância da saúde mental e cardiovascular, e suas relações.

Quarto, implemente (I) práticas centradas na pessoa no cuidado cardiovascular, usando abordagens de cuidado escalonado baseadas em evidências. Estas devem ser individualizadas para a pessoa e suas circunstâncias, e reconhecer a importância dos cuidadores e o estado de saúde dos cuidadores.

Quinto, empreenda (V) esforços para convencer profissionais, gestores e pessoas vivendo com doença cardiovascular a obter sua colaboração, apoio e recursos para realizar as mudanças estruturais e funcionais necessárias para enfrentar este desafio. Estas mudanças não ocorrerão espontaneamente. Profissionais e instituições dispostos a melhorar o cuidado cardiovascular e de saúde mental por meio de modelos colaborativos e centrados na pessoa, com apoio compassivo para famílias e cuidadores, sem dúvida enfrentarão várias barreiras ao implementar mudanças.

Sexto, avalie (E) o status atual do cuidado cardiovascular de rotina em cada contexto e estime as necessidades de suporte organizacional, educacional e clínico para implementar as

mudanças necessárias. O progresso no manejo e nos resultados de saúde mental também terá que ser avaliado para fins de garantia e melhoria da qualidade.

3.2. Stress e Depressão Como FR para DCV

Pacientes com doenças mentais severas, como psicose, transtornos esquizofreniformes, transtorno bipolar e depressão maior estão em maior risco de desenvolverem doenças cardiovasculares e síndrome metabólica do que pacientes sem estas patologias. Nestes contextos, os fatores de risco modificáveis frequentemente estão presentes, e contribuem de forma significativa para obesidade abdominal, resistência à insulina/intolerância à glicose, hipertensão, inatividade física, hipercolesterolemia, dieta não saudável, tabagismo e uso de álcool (Lewis *et al.*, 2020).

Em indivíduos normais, o estresse mental agudo altera a frequência cardíaca, o volume sistólico, o débito cardíaco e a microcirculação miocárdica. A resposta cardiovascular ao estresse mental é similar a um exercício físico isotônico que eleva a frequência cardíaca e reduz a resistência periférica ou um exercício isométrico, que aumenta a pressão arterial e a resistência vascular periférica. Em cardiopatas, ao contrário do que ocorre em indivíduos normais, o estresse mental agudo pode exacerbar a resistência vascular periférica (Victor; Vieweg; Pandurangi, 2006).

Sintomas de ansiedade e depressão são comuns após episódio de síndrome coronária aguda, podendo comprometer a adesão ao tratamento farmacológico, a qualidade de vida e contribuir para um pior prognóstico cardiovascular. No entanto, muitas vezes estes sintomas não são adequadamente valorizados pelo clínico após um

quadro de síndrome isquêmica, e esses pacientes frequentemente ficam sem o tratamento específico (Kronish *et al.*, 2012).

Depressão e síndrome coronária crônica comumente são concomitantes, quando cerca de 20% dos pacientes com doença de artéria coronária recém-diagnosticada e aqueles em recuperação de um infarto agudo do miocárdio apresentam um transtorno depressivo maior, e duas vezes mais do que a prevalência de depressão ao longo da vida na população em geral; porém, o tratamento farmacológico da depressão parece não alterar de forma significativa o curso clínico do paciente coronariopata (Victor; Vieweg; Pandurangi, 2006).

A depressão está associada a um aumento do risco de infarto do miocárdio, doenças cardiovasculares e mortalidade por todas as causas, cujos mecanismos subjacentes não estão totalmente determinados. Estudo clínico analisou uma coorte de 2.247 membros de planos de saúde sindicais que trabalhavam e receberam pelo menos uma prescrição de antidepressivo em um período de 1991–1992 com 52.750 membros que não receberam. Os pacientes foram acompanhados por até 4,5 anos (mínimo de 6 meses). Três classes de medicamentos antidepressivos foram definidas: tricíclicos, inibidores seletivos de receptação de serotonina e outros. O desfecho primário foi hospitalização ou morte devido a infarto do miocárdio. O tratamento farmacológico para depressão não eliminou o risco desse desfecho, pois observou-se que o uso de qualquer medicamento antidepressivo foi significativamente associado com infarto do miocárdio, internação cardiovascular e mortalidade por todas as causas, sendo que a associação entre o uso de agentes tricíclicos e infarto do miocárdio parece ser maior do que a observada para o uso de inibidores seletivos de recaptação de

serotonina. Em decorrência da impossibilidade de identificar pacientes deprimidos sem tratamento, não foi possível examinar o efeito do tratamento farmacológico na associação da depressão com doenças cardiovasculares (Cohen; Gibson; Alderman, 2000).

3.3. Recomendações para o Tratamento com Antidepressivos, Interações Medicamentosas e Monitorização em Pacientes Cardiopatas

Os medicamentos antipsicóticos estão entre os medicamentos mais frequentemente prescritos, não apenas para transtornos e sintomas psicóticos, mas também para transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, distúrbios comportamentais e insônia. Como os fármacos de segunda geração substituíram amplamente os de primeira como opções de escolha devido ao seu risco substancialmente menor de efeitos colaterais extrapiramidais, a atenção se deslocou para outros eventos adversos clinicamente relevantes associados à segurança cardiovascular, incluindo ganho de peso, diabetes, dislipidemia, efeitos colaterais no cardiopata, risco de mortalidade, despertando no médico clínico a necessidade de minimizar efeitos adversos (Ames et al., 2016).

As interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas entre antidepressivos e medicamentos cardiovasculares podem afetar a eficácia e a segurança do tratamento. Dessa forma, a monitorização terapêutica para otimizar a farmacoterapia é importante em cenários clínicos diversos, particularmente em casos de falta de resposta às doses terapêuticas, adesão incerta ao medicamento, tolerabilidade subótima ou interações (European Society of Cardiology, 2025). No tratamento da depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, os antidepressivos são o tratamento farmacológico

de primeira linha, enquanto medicamentos adicionais, incluindo ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, podem ser usados a curto prazo. Outros medicamentos, como estabilizadores de humor e antipsicóticos, também podem ser utilizados, dependendo da gravidade dos sintomas (Thongpravoon C *et al.*, 2021; European Society of Cardiology, 2025).

Pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar têm um risco 2 a 3 vezes maior de obesidade e diabetes do que a população geral, com uma prevalência estimada de 10% a 15%, relacionadas com a resistência à insulina, a desregulação da glicose e o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (Ames et al., 2016).

Além do ganho de peso e da desregulação do metabolismo glicêmico, foi demonstrado que os antidepressivos de segunda geração podem causar dislipidemia mista, abrangendo elevação de triglicerídeos e de colesterol, o que pode ter significância clínica devido às consequências de longo prazo para a saúde cardiovascular em indivíduos que fazem uso crônico dessa classe de medicamentos, particularmente aqueles com transtornos psicóticos, como a esquizofrenia (Ames et al., 2016).

Estudos sobre a segurança da medicação antidepressiva em pacientes com insuficiência cardíaca têm apresentado resultados conflitantes, pois uma meta-análise indicou que o uso de antidepressivos nessa população está associado a um aumento do risco de morte por todas as causas, independentemente do tipo de antidepressivo utilizado, mas os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, tanto no contexto ambulatorial quanto no hospitalar, parecem ser uma opção de tratamento segura (European Society of Cardiology, 2025).

Uma revisão sistemática e meta-análise caracterizou os riscos de arritmia ventricular e morte súbita cardíaca entre pacientes que utilizavam antidepressivos comuns, através de busca na literatura por estudos que relataram as ocorrências, nas bases MEDLINE, EMBASE e Cochrane Database. O tamanho médio da amostra do estudo foi de 355.158 indivíduos.

Pacientes tratados com antidepressivos tricíclicos, nesta revisão, foram os menos propensos a desenvolverem eventos de arritmia ventricular/morte súbita cardíaca. Os resultados mostraram um baixo risco de arritmia ventricular e morte súbita cardíaca entre pacientes utilizando antidepressivos do tipo inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina, inibidores seletivos de recaptação de serotonina, especialmente, antidepressivos tricíclicos. Apesar do risco relativamente menor de arritmia ventricular e morte súbita cardíaca com antidepressivos tricíclicos avaliados nesta revisão, a eficácia do medicamento e outros efeitos adversos devem ser considerados em pacientes com transtornos mentais (Thongpravoon C *et al.*, 2021).

Ganho de peso foi registrado em 40-80% dos pacientes tratados com antipsicóticos de primeira e segunda geração. Este fenômeno é explicado pelo antagonismo de receptores de histamina e serotonina, com consequente exacerbação do apetite e interferência da regulação dos hormônios leptina e adiponectina. Fatores genéticos também podem influenciar o metabolismo dos antidepressivos e seus efeitos no ganho de peso, como os polimorfismos do citocromo P450. O maior risco de ganho de peso foi encontrado com mirtazapina, antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (Apetrei-Corduneanu *et al.*, 2020; European Society of Cardiology, 2025).

Quando o ganho de peso ocorre no contexto da terapia com antidepressivos, o mesmo tende a se manifestar em 3 estágios, com um aumento rápido de peso corporal nos primeiros 3 meses após o início do tratamento (estágio 1), seguido por um aumento contínuo e constante por pelo menos 1 ano ou mais (estágio 2) e, finalmente, um platô com a continuação da terapia (estágio 3) (Ames et al., 2016). Também o tratamento de curto prazo com amitriptilina, mirtazapina e nortriptilina, demonstrou ganho de peso, enquanto que com o tratamento com bupropiona, foi observado perda de peso. Bupropiona é uma opção para pacientes que estão tentando parar de fumar, mas deve ser usada com cautela se houver hipertensão ou se os sintomas de angina não estiverem controlados (Teply *et al.*, 2016).

Distúrbios lipídicos são relatados e são relacionados com aumento da biossíntese lipídica através da indução da expressão gênica de algumas enzimas envolvidas no metabolismo, podendo também alterar a resistência à insulina. Paroxetina foi relacionada com um aumento significativo da lipoproteína de baixa densidade, o LDL-colesterol. O tratamento antipsicótico associado com estatinas poderia representar uma opção para melhorar o perfil lipídico sérico, considerando-se a via de metabolização dos fármacos. Hipertrigliceridemia foi relatada com o emprego de olanzapina e clozapina, além de diabetes mellitus tipo 2. Gliconeogênese hepática via sistema nervoso simpático poderia explicar a elevação de glicose sérica observada em alguns pacientes (Apetrei-Corduneanu *et al.*, 2020).

O **Quadro 1** lista os principais efeitos cardiovasculares adversos dos antidepressivos de segunda geração.

Quadro 1. Principais efeitos cardiovasculares adversos dos antidepressivos de segunda geração

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina	**Principais efeitos adversos cardiovasculares descritos**
Citalopram	Palpitação, prolongamento de QT, bradicardia
Escitalopram	Prolongamento QT, bradicardia
Fluoxetina	Palpitações, prolongamento QT, fibrilação atrial, bradicardia, síncope
Fluvoxamina	Bradicardia, discreta redução da pressão arterial
Sertralina	Palpitações, taquicardia, prolongamento do QT
Paroxetina	Taquicardia sinusal, bradicardia
Inibidores de recaptação de norepinefrina e inibidores de receptação de norepinefrina e serotonina	
Reboxetina	Palpitações, labilidade pressórica, taquicardia
Duloxetina	Palpitações, hipertensão, hipotensão ortostática, taquicardia, fibrilação atrial
Venlafaxina	Palpitações, taquicardia, prolongamento do QT, hipertensão
Outros antidepressivos	
Agomelatina	Prolongamento de QT (raro)
Mirtazapina	Bradicardia, taquicardia, hipotensão ortostática, anormalidades de

	condução, ganho de peso
Vortioxetina	Taquicardia, labilidade pressórica
Bupropiona	Taquicardia, anormalidades de condução, hipertensão, impacto sobre parâmetro lipídico
Trazodona	Pode ocasionar hipotensão ortostática severa, prolongamento de QT, arritmia em cardiopatia isquêmica.

Adaptado de Kasper, 2019; Ren *et al.*, 2024; European Society of Cardiology, 2025

3.4. Intervalo QT: Significado, Mensuração e Importância no Contexto

O intervalo QT (QT) é a medida do início do complexo QRS ao término da onda T, portanto representa a duração total da atividade elétrica ventricular. Como o QT é variável de acordo coma frequência cardíaca, habitualmente é corrigido (QTc) pela fórmula de Bazzet, onde QTc=QT (ms) / raiz quadrada de RR (segundos). Esta fórmula apresenta, no entanto, limitações para frequências cardíacas menores que 60 bpm ou superiores a 90 bpm, devendo, nesses casos utilizar fórmulas lineares como as de Framingham e Hodges. Os valores para o QTc variam com o sexo e são aceitos como normais até o máximo de 450 ms para homens e 470 ms para mulheres. Para crianças, o limite superior do normal é de 460 ms, sendo em contrapartida considerado como QT curto os valores menores que 340 ms (Barroso *et al.,* 2021).

Alguns fármacos podem apresentar um relevante papel pró-arrítmico por alterarem a repolarização ventricular e também a

duração da atividade elétrica total ventricular, esta última inferida pela análise do alargamento do intervalo QTc. Portanto, uma análise cuidadosa dos efeitos eletrofisiológicos dos medicamentos é importante. Os intervalos QT e QTc fornecem um indicador simples, não invasivo e sensível para detectar a atividade elétrica ventricular total (Sheridan, 2000). O prolongamento do QTc pode aumentar o risco de arritmias ventriculares polimórficas, o que tem sido associado a alguns antidepressivos tricíclicos, inibidores de recaptação de noradrenalina e serotonina e outros antidepressivos, bem como à bupropiona (evidência inconsistente) e sem relação encontrada para o citalopram. Uma meta-análise em rede demonstrou baixo risco de arritmia ventricular e morte súbita cardíaca entre pessoas que utilizam antidepressivos como inibidores de recaptação de noradrenalina e serotonina, inibidores seletivos de recaptação de serotonina e, especialmente, antidepressivos tricíclicos (Thongpravoon C *et al.*, 2021). Alguns antidepressivos (mirtazapina, venlafaxina, trazodona) não foram associados para prolongarem o intervalo QTc em voluntários saudáveis (European Society of Cardiology, 2025). O **Quadro 2** identifica fatores de risco que podem favorecer o prolongamento do intervalo QT.

Quadro 2. Fatores de risco que podem favorecer o prolongamento do intervalo QT

Gênero feminino
Hipopotassemia
Hipomagnesemia
Uso de diuréticos
Idade avançada
Bradicardia
Insuficiência cardíaca
Hipertrofia cardíaca
Coronariopatia
Diabetes mellitus

Hipertensão arterial Insuficiência renal ou hepática

Adaptado de Teply *et al.*, 2016; Thongpravoon C *et al.*, 2021.

Pacientes com risco elevado de apresentaram atividade ectópica ventricular, principalmente na síndrome do QT longo congênito, seria prudente evitar qualquer antidepressivo com esse potencial. No entanto, pacientes com risco apenas moderado, entre os medicamentos que prolongam o QT e que possam apresentar anormalidades eletrolíticas, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina ainda podem ser considerados, mas com cautela. Os fármacos escitalopram, fluoxetina e sertralina, em pacientes pós-síndrome coronária aguda, não demonstraram efeito clinicamente significativo no intervalo QT. Sugere-se cautela na prescrição de citalopram e escitalopram, especialmente para os pacientes mais idosos, enquanto as evidências de segurança com fluoxetina, fluvoxamina, sertralina e paroxetina, esta última com possível menor risco. Pacientes que fazem uso concomitante de medicamentos que possam prolongar o intervalo QT, especialmente antiarrítmicos de classe I e III, necessitam cautela adicional na prescrição. Bupropiona e duloxetina podem ser opções para aqueles que necessitam de um antidepressivo com a menor potencialidade de prolongamento do intervalo QT (Teply *et al.*, 2016).

4. CONCLUSÕES

Este artigo destaca a importância da prescrição dos medicamentos utilizados no tratamento do paciente com transtornos psiquiátricos, incluindo os mais comuns, como ansiedade e depressão, em relação aos efeitos colaterais não extrapiramidais atribuíveis a estes fármacos, notadamente nos cardiopatas. Os clínicos devem pesar os

riscos e benefícios relativos aos fármacos em uma decisão colaborativa com os pacientes para otimizar o tratamento. Os pacientes devem ser informados sobre possíveis efeitos adversos a cada consulta de controle médico, otimizando a terapia farmacológica e trazendo uma abordagem mais individualizada. Importante destacar a necessidade de estudos clínicos randomizados robustos, com uma população maior para esclarecer questões relacionadas aos potenciais efeitos colaterais cardiovasculares e as interações medicamentosas em psiquiatria, quanto à proteção cardiovascular, no sentido de minimizar os riscos e maximizar a segurança farmacológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMES, Donna et al. **Detecting and Managing Adverse Effects of Antipsychotic Medications.** Psychiatric Clinics of North America, v. 39, n. 2, p. 275–311, jun. 2016.

APETREI-CORDUNEANU, Otilia et al. **Cardiovascular side effects of neuropsychiatric medication: an update.** Archives of the Balkan Medical Union, v. 55, n. 1, p. 138–145, 20 mar. 2020.

BARROSO, W.K.S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** –2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658).

COHEN, Hillel W.; GIBSON, Geoffrey; ALDERMAN, Michael H. **Excess Risk of Myocardial Infarction in Patients Treated with Antidepressant Medications: Association with Use of Tricyclic Agents.** Am J Med. 2000;108:2– 8.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular**

disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. European Heart Journal, p. 1–70, 2025.

KAI G.K., METCHTHILD W.B., TILLMANN H.C.K. **Effects of psychopharmacological treatment with antipsychotic drugs on the vascular system.** Vascul Pharmacol. 2018;100:20-25.

KASPER, Siegfried. **Choosing among second-generation antidepressant treatments for depressed patients with cardiac diseases.** International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, v. 23, n. 2, p. 134–148, 3 abr. 2019.

KRONISH, Ian M. et al. **The Effect of Enhanced Depression Care on Anxiety Symptoms in Acute Coronary Syndrome Patients: Findings from the COPES Trial.** Psychotherapy and Psychosomatics, v. 81, n. 4, p. 245–247, 2012.

LEWIS, Matthew *et al.* **The assertive cardiac care trial: A randomised controlled trial of a coproduced assertive cardiac care intervention to reduce absolute cardiovascular disease risk in people with severe mental illness in the primary care setting.** Contemporary Clinical Trials, v. 97, p. 106143, out. 2020.

MEDVEDEV, Vladimir. **Agomelatine in the treatment of mild-to-moderate depression in patients with cardiovascular disease: results of the national multicenter observational study PULSE.** Neuropsychiatric Disease and Treatment, v. Volume 13, p. 1141–1151, abr. 2017.

REN, Yu et al. **Exploration of therapeutic models for psycho-cardiology: From cardiac to psychological rehabilitation.** Heliyon,

v. 10, n. 6, p. e27484, mar. 2024.

SAMESIMA N et al. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre a Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos.** Arq Bras Cardiol. 2022;119(4):638-680

SHERIDAN, D. J. **Drug-induced proarrhythmic effects: assessment of changes in QT interval.** British Journal of Clinical Pharmacology, v. 50, n. 4, p. 297–302, out. 2000.

SIMÕES T.C.et al. **Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares.** Ciênc. saúde coletiva 26 (09), 3991-4006, Set 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.02982021

TEPLY, Robyn M. et al. **Treatment of Depression in Patients with Concomitant Cardiac Disease.** Progress in Cardiovascular Diseases, v. 58, n. 5, p. 514–528, mar. 2016.

THONGPRAVOON, C. et al. **Antidepressants and risk of sudden cardiac death: a network meta-analysis and systematic review.** Med Sci (Basel) 2021; 9:26. https://doi.org/10. 3390/medsci9020026

VICTOR, W.; VIEWEG, R.; PANDURANGI, Anand K. **The relation of stress and psychiatric illnesses to coronary heart disease.** Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 113, n. 4, p. 241–244, abr. 2006.

---

[1] Doutorado em Saúde, Mestrado em Medicina, Residência Médica em Cardiologia, Especialista em Cardiologia e em Preceptoria Multiprofissional na área de Saúde, médico e Coordenador Científico

do Sabincor (Juiz de Fora/MG). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Médico na Clínica Gero & Mind, Boa Vista – RR. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Residência Médica em Cardiologia, Coordenador da Clínica Médica e Psiquiátrica do Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira, Juiz de Fora/MG. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Residência Médica em Cardiologia, cardiologista da Santa Casa de Juiz de Fora/MG. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Graduanda em Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Juiz de Fora/MG. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail