



Depressão pós-parto: um alerta para mulheres e o uso de antidepressivos

Postpartum depression: an alert for women and the use of antidepressants

Camyla A. Silva; Mateus A. Baldo*

Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade Paulista – UNIP, São José do Rio Pardo, Brasil.

RESUMO

Introdução: Atualmente, a depressão está entre as doenças mais graves que afligem a população mundial. Mulheres apresentam uma probabilidade maior em desenvolver a doença devido à sua fisiologia hormonal, a processos neurofarmacológicos e aspectos sociais. Acredita-se que a teoria mais provável é a relacionada à deficiência de aminas biogênicas. **Objetivos:** O presente estudo, através de uma revisão da literatura, objetivou aumentar o conhecimento sobre a depressão pós-parto e o uso de antidepressivos. **Métodos:** Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo, Google Scholar, Web of Science, Scopus e Wiley Online Library com literatura especializada, datadas de 1 de janeiro de 1999 até 31 de dezembro do ano de 2016. **Desenvolvimento:** A depressão pós-parto é uma doença que acomete por volta de 15% das mulheres. Seus primeiros sintomas se iniciam entre a 4ª e a 8ª semana após o parto, e incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, entre outros. A doença, se não tratada, tem consequências impactantes na construção das primeiras relações mãe-bebê, sendo assim a grande importância do acompanhamento e do tratamento farmacológico. **Conclusão:** Entre os diversos antidepressivos, destacaram-se como mais seguros e eficazes, e menos presentes no leite materno, a Paroxetina e a Sertralina, da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina. Os menos aceitos e que apresentaram concentrações séricas elevadas no sangue do lactente, foram a Fluoxetina e o Citalopran. Isso comprova a existência de antidepressivos seguros para tratar a mãe, causando impactos mínimos ao bebê, prevenindo desta maneira, suicídio, infanticídio e negligência, possíveis consequências da não-adesão ao tratamento da depressão pós-parto..

Palavras-chave: Depressão pós-parto, tratamento, terapêutica, antidepressivo.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays depression is one of the most serious diseases afflicting the world's population. Women are more likely to develop the disease due to their hormonal physiology, neuropharmacological processes and social aspects. It is believed that the most probable theory is related to deficiency of the biogenic amines. **Objective:** The present study, through a review in the literature, aimed to reinforce the knowledge about the postpartum depression and the use of antidepressants. **Methods:** The PubMed, Scielo, Google Scholar, Web of Science, Scopus and Wiley Online Library databases with specialized literature were used, from January 1, 1999 until December 31, 2016. **Development:** Postpartum depression is an illness that affects around 15% of women. Its first symptoms begin between the 4th and 8th week after childbirth, and include irritability, frequent crying, feelings of helplessness and hopelessness, lack of energy and motivation, among others. The disease, if untreated, can cause serious consequences in the construction of the first mother-infant relationships, hence the importance of monitoring and drug treatment. **Conclusion:** Among the several antidepressants, they stood out as safer and more effective, and fewer present in breast milk, paroxetine and sertraline. These antidepressants belong to the class of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. The least accepted and showed high serum concentrations in infant blood were fluoxetine and citalopram. This attests the existence of safe antidepressants to treat the mother, affecting minimum the infant, preventing in this manner, suicide, infanticide and neglect, possible consequences of non-adherence to treatment of postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression, treatment, therapeutic, antidepressants.

*Autor correspondente (Corresponding author): Mateus A. Baldo
Rua Santa Terezinha, nº 160, Centro, São José do Rio Pardo, São Paulo, Brasil.
CEP: 13720-000 - Fone +55 19 3681-2655
E-mail: mateuseus@yahoo.com.br
Recebido (Received): 03/11/2016; Aceito (Accepted): 22/02/2017

1. INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença que acomete muitas pessoas nos dias atuais, podendo se apresentar até mesmo em momentos de felicidade, como o nascimento de um bebê. Estudos demonstram que cerca de 15% das mulheres apresentam depressão durante a gravidez, sendo que 5 a 20% evoluem para depressão pós-parto (Costa; Reis, 2011; Chisolm; Payne, 2016).

Dentre as estatísticas, o número é ainda mais preocupante ao se analisar que 70% das mulheres apresentam ou queixam-se de sintomas de depressão durante a gravidez ou pós-parto (Becker *et al.*, 2016).

Entre as diversas teorias estudadas para definir a fisiopatologia da depressão, a hipótese mais aceita atualmente é a que envolve neurotransmissores cerebrais e seus respectivos receptores. Essa hipótese define que a causa da depressão ocorre por uma deficiência das monoaminas cerebrais: norepinefrina, serotonina e dopamina, neurotransmissores excitatórios do Sistema Nervoso Central, teoria que veio a ser reforçada, posteriormente, através de outras evidências. Outro problema demonstrado na fisiopatologia da depressão são os hormônios femininos que ajudam a desencadear ou facilitam distúrbios do humor em mulheres (Bahls, 1999; Ng *et al.* 2015; Wang *et al.*, 2016).

A doença envolve diversos fatores que interferem na etiologia da depressão pós-parto e se dividem entre ocorrências relacionadas ao bebê, como a prematuridade no nascimento, intercorrências no período perinatal e neonatal, malformações congênitas; e fatores relativos à mãe como isolamento social, interferências hormonais decorrentes da gestação e fatores psicopatológicos prévios (Higuti; Capocci, 2003; Becker *et al.*, 2016).

A depressão relacionada ao nascimento de um bebê pode ser definida como uma série de sintomas que dão os primeiros sinais normalmente entre a 4ª e a 8ª semana após o parto. A doença chega a atingir de 10 a 15% das mulheres, e caracteriza-se principalmente por provocar sensação de incapacidade entre elas, além de queixas psicossomáticas. O desequilíbrio psicológico visível em mulheres com depressão pós-parto tem repercussão impactante no desenvolvimento das principais relações com o bebê. Desse modo, o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança tendem a ser prejudicados (De Sousa Schwengber; Piccinini, 2003).

O tratamento para a doença deve envolver 3 esferas diretamente interligadas: o tratamento ginecológico, psiquiátrico e psicológico. O uso de antidepressivos é indicado a partir do momento em que os sintomas depressivos estão afetando negativamente o bem-estar da mãe e o desempenho em suas funções. Atualmente, ainda estão em andamento estudos que relacionam a ação destes medicamentos com a lactação, e até então, os menos presentes no leite materno e os mais aceitáveis foram os da classe de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), e foram estabelecidas como melhores opções, a Sertralina e a Paroxetina (Ballone, 2007; Chisolm; Payne, 2016).

2. METODOLOGIA

Foram realizadas buscas de literaturas especializadas e indexadas em bases de dados tais como, PubMed, Scielo,

Google Scholar, Web of Science, Scopus e Wiley Online Library. As linguagens dos artigos selecionados foram inglês, português e espanhol.

As buscas foram feitas de forma livre, utilizando os termos pré-estabelecidos dentro do contexto da revisão. Como critério de inclusão e exclusão, foram utilizados artigos datados a partir de 01 de janeiro de 1999 até 31 de dezembro de 2016, com informações experimentais, observacionais e clínicas sobre a depressão pós-parto.

3. DESENVOLVIMENTO

A depressão pode ser classificada em 3 tipos diferentes, com base em suposições de sua origem (Tabela 1): a depressão reativa ou exógena, representa 60% de todas as depressões e apresenta ansiedade, queixas somáticas, tensão e culpa, e geralmente é decorrente de outras condições como doença física (câncer, infarto do miocárdio), uso de drogas e fármacos (álcool, anti-hipertensivos, hormônios), perdas (eventos vitais adversos, como perda de um ente querido) ou outros distúrbios psiquiátricos; a depressão maior ou endógena, corresponde a 25% de todas as depressões, afeta sinais vitais como ritmos anormais de sono e atividade motora, perda de libido e apetite. Independe da faixa etária e pode estar relacionada a distúrbios bioquímicos de origem genética presentes no histórico familiar. Quase sempre causa anedonia; e a depressão afetiva-bipolar ou maniaco-depressiva, é a menos incidente, representa apenas 10-15% dos casos de depressão. Pode ser facilmente confundida com depressão endógena, diferenciando-se apenas pela presença de episódios hipomaniacos que requerem o uso de antipsicóticos (Romeiro; Fraga; Barreiro, 2003; Santarsieri; Schwartz, 2015).

3.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da depressão baseia-se na apresentação de sintomas psiquiátricos, fisiológicos e evidências comportamentais. Entre os sintomas psíquicos pode-se observar: humor depressivo, sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa; redução da capacidade de sentir prazer em atividades que antes eram vistas como agradáveis pelo paciente; fadiga constante ou sensação de perda de energia; diminuição da capacidade de concentração e de tomar decisões, e em alguns casos, ocorrem pensamentos de suicídio. Fisiologicamente, a depressão altera o sono, apetite e o interesse sexual de forma negativa. O retraimento social, crises de choro e retardo ou agitação psicomotora são considerados evidências comportamentais (Del Porto, 1999).

A prevalência da depressão é cada vez maior em todo o mundo, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2030 a depressão será responsável pelo mais alto nível de incapacidade entre todas as doenças em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Pinheiro *et al.*, 2015).

3.2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

E As evidências indicam que o surgimento da doença ocorre pela junção de fatores fisiológicos, como a diminuição dos níveis hormonais, com fatores sociais e psicológicos. Algumas literaturas apontam também como fator interferente o caráter conflituoso da experiência da maternidade, que implica em mudanças profundas na

Tabela 1. Tipos de depressão, suas consequências e porcentagem da população que apresenta cada tipo de doença.

<i>Tipo de Depressão</i>	<i>Incidência na população</i>	<i>Sintomas</i>
<i>Reativa ou exógena</i>	60% de todas as depressões	Ansiedade, queixas somáticas, tensão e culpa. Geralmente decorrente de outras condições como doença física (câncer, infarto), uso de drogas e fármacos (álcool, anti-hipertensivos, hormônios) ou perdas (eventos vitais adversos como perda de um ente querido).
<i>Maior ou endógena</i>	25% de todas as depressões	Afeta sinais vitais como ritmos anormais de sono e atividade motora, perda de libido e apetite. Independe de faixa etária, pode estar relacionada a distúrbio bioquímico de origem genética presentes no histórico familiar. Quase sempre causa anedonia.
<i>Afetiva-bipolar ou Maníaco-depressiva</i>	10-15% de todas as depressões	Pode ser facilmente confundida com depressão endógena devido à semelhança de sintomas. Diferencia-se apenas pela presença de episódios maníacos que quase sempre requerem o tratamento com antipsicóticos.

Fonte: Romeiro *et al.*, 2003; Santarsieri; Schwartz, 2015.

identidade da mulher (De Sousa Schwengber; Piccinini, 2003).

O mecanismo fisiopatológico da doença ainda não está plenamente esclarecido. Existem hipóteses que citam como possíveis causas a sensibilidade ao aumento de estrógeno e progesterona, níveis de esteroides no pós-parto e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovários. O conjunto de causas biológicas e desequilíbrios hormonais são os fatores de risco para o desenvolvimento da doença (Ibiapina *et al.*, 2010; Becker *et al.*, 2016).

Existem estudos de comparação, que comprovam a ligação do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BNDF) a doença. Em uma comparação entre um grupo de mães portadoras da doença e um grupo controle de mães saudáveis, observou-se que, além de apresentarem a área do hipocampo diminuída, as mães depressivas apresentaram níveis de BNDF muito mais baixos do que o nível apresentado por mães saudáveis. O BNDF regula a composição sináptica, a liberação de neurotransmissores e a excitabilidade do sistema nervoso adulto, o que sugere uma ligação da etiologia da doença com deficiência de neurotransmissores (Gazal *et al.*, 2012).

Os sintomas comuns são irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (De Sousa Schwengber, Piccinini, 2003; Figueiredo *et al.*, 2013).

O diagnóstico da depressão pós-parto não é fácil, já que parte dos sintomas como alterações do sono, do apetite e fadiga são queixas comuns no puerpério (Ibiapina *et al.*, 2010; Miller, Kroska, Grekin, 2017).

Além dos sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo comum, existe uma série de expressões sintomáticas específicas na depressão pós-parto, que são de grande relevância no diagnóstico, como ansiedade relacionada

à maternidade, sentimento de ser inadequada no papel materno ou incapaz de cuidar da criança, e até medos em relação à saúde da criança (Tissot *et al.*, 2015).

Outros estudos demonstraram que, em entrevistas com mães depressivas e seus respectivos parceiros, a maioria das mães atribuem sintomas psicossociais como causas da doença, e quase nunca causas biológicas, enquanto que dentre os homens entrevistados, a maioria atribuiu os sintomas das parceiras às alterações hormonais, complicações após o parto e até à falta de sono. Além disso, o aparecimento de sintomas depressivos nos pais, após o parto, tem incidência comprovada e são preditores do aparecimento dos mesmos sintomas nas mães. Isso demonstra a correlação entre a satisfação conjugal das mães com a doença (Tissot *et al.*, 2015; Habel *et al.*, 2015; Ngai; Ngu, 2015; Cameron; Sedov; Tomfohr-Madsen, 2016).

Apesar da depressão pós-parto ser um fenômeno global, com incidência relevante em todos os continentes, pesquisas demonstraram que as crenças culturais diferentes não podem ser vistas como interferentes, já que as variadas culturas compartilham dos mesmos fatores de risco para a doença. Em contrapartida, os costumes e valores culturais devem ser levados em consideração no diagnóstico, já que moldam a maneira como o indivíduo usufrui dos serviços de saúde e do tratamento oferecido por eles (Evagorou; Arvaniti; Samakouri, 2016; Kozyrskyj *et al.*, 2016).

Para uma avaliação e triagem, o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ou Escala de Edimburgo em português (Figura 1), é o instrumento mais utilizado na identificação da doença como diagnóstico, considerado como padrão-ouro no campo. A escala consiste na classificação de sintomas depressivos comuns, bem como sintomas específicos na depressão pós-parto, combinados em uma pontuação total. A nota de corte, que pode ser considerada como risco da doença, é entre 12-13 (Ibiapina *et al.*, 2010; Tissot *et al.*, 2015).

Escala de Edinburgo de Depressão Pós-Natal	
Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias, por favor, assinale com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.	
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas. () Como eu sempre fiz (0) () Não tanto quanto antes (1) () Sem dúvidas, menos do que antes (2) () De jeito nenhum (3)	6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia. () Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles. (3) () Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes. (2) () Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles. (1) () Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes. (0)
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia. () Como sempre senti. (0) () Talvez, menos que antes. (1) () Com certeza, menos. (2) () De jeito nenhum. (3)	7. Eu tenho me sentido tão infeliz, que eu tenho tido dificuldade para dormir. () Sim, na maioria das vezes. (3) () Sim, algumas vezes. (2) () Não muitas vezes. (1) () Não, nenhuma vez. (0)
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas. () Sim, na maioria das vezes. (3) () Sim, algumas vezes. (2) () Não muitas vezes. (1) () Não, nenhuma vez. (0)	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada. () Sim, na maioria das vezes (3) () Sim, algumas vezes (2) () Não muitas vezes (1) () Não, nenhuma vez. (0)
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. () Não, de maneira alguma. (0) () Pouquíssimas vezes. (1) () Sim, algumas vezes (2) () Sim, muitas vezes. (3)	9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado. () Sim, quase todo o tempo. (3) () Sim, muitas vezes. (2) () De vez em quando. (1) () Não, nenhuma vez. (0)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo. () Sim, muitas vezes. (3) () Sim, algumas vezes. (2) () Não muitas vezes. (1) () Não, nenhuma vez. (0)	10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou pela minha cabeça. () Sim, muitas vezes ultimamente. (3) () Algumas vezes nos últimos dias. (2) () Pouquíssimas vezes, ultimamente. (1) () Nenhuma vez. (0)

Figura 1. Escala de Edimburgo: instrumento mais utilizado na identificação da doença como diagnóstico, apresenta várias perguntas para a tentativa de identificação da doença depressão em mães (Ibiapina *et al.*, 2010; Tissot *et al.*, 2015).

3.3. TRATAMENTO

O tratamento para a doença é estabelecido conforme a gravidade do quadro depressivo, podendo-se aliar a farmacoterapia e a psicoterapia. A principal preocupação sobre o tratamento envolvendo fármacos é com a lactação, ainda que comprovado que o bebê recebe através do leite materno menos de 1% da droga que a mãe absorve, percentual incapaz de induzir efeito farmacológico (Higuti; Capocci, 2003).

A terapêutica realizada para a depressão pós-parto é basicamente a mesma utilizada na depressão que não tem relação com o puerpério, sendo feita através de antidepressivos (Higuti; Capocci, 2003; Aguiar *et al.*, 2011; Chisolm; Payne, 2016; Santarsieri; Schwartz, 2015).

Drogas antidepressivas podem ser classificadas de acordo com sua ação sobre os neurotransmissores (Tabela 2) (Winokur *et al.*, 2001; Ibiapina *et al.*, 2010; Aguiar *et al.*, 2011; Ng *et al.* 2015; Becker *et al.*, 2016; Wang *et al.*, 2016).

Diversos estudos apontaram a Fluoxetina como tratamento antidepressivo menos indicado para depressão pós-parto, devido a casos de altas concentrações séricas em lactentes indicando um potencial de acumulação do fármaco. Acredita-se que isso ocorra pelo seu tempo de meia vida maior do que outros antidepressivos (Camacho *et al.*, 2006; Magalhães *et al.*, 2006; Costa; Reis, 2011; Carvalho; Sampaio, 2012).

Em seguida, o fármaco menos indicado é o Citalopran. Apesar de ter se mostrado quase que indetectável no sangue

do lactente, houve evidências de uma concentração de 2 a 3 vezes maior no leite materno, além de níveis séricos elevados. Ainda assim, Citalopran vem sendo utilizado (Camacho *et al.*, 2006; Magalhães *et al.*, 2006; Costa; Reis, 2011; Carvalho; Sampaio, 2012).

Os antidepressivos tricíclicos, apesar de poucos casos relatados de uso, tem sido vistos como uma opção segura de tratamento, e em pacientes sob o uso de Amitriptilina, Nortriptilina e Clomipramina, não foram detectadas altas doses no soro dos lactentes (Cantilino *et al.*, 2010; Costa; Reis, 2011).

Os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs) tiveram também poucos casos relatados, porém seu uso é considerado restritivo devido à sua ação hipotensora (Camacho *et al.*, 2006).

Os medicamentos mais seguros para uso no caso de depressão pós-parto, estão dentro da classe dos ISRS, em especial Sertralina e Paroxetina. A Desmetilsertralina, metabólito da Sertralina, foi encontrada em níveis muito baixos no sangue dos lactentes, além de sua menor probabilidade de acumulação. A Paroxetina, apesar de existirem estudos em andamento sobre seu potencial teratogênico, tem apresentado também poucos riscos, e tem se mostrado eficiente no combate aos sintomas da depressão pós-parto, tanto em seu uso isolada quanto associada à terapia (Santos; Almeida; Souza, 2009; Toth; Peltz, 2009; Murray; Halligan; Cooper, 2010; Cantilino *et al.*, 2010; Costa; Reis, 2011; Carvalho; Sampaio, 2012).

Poucos casos relatados sobre uso de Fluvoxamina e

Tabela 2. Classes de antidepressivos, características moleculares e seus respectivos mecanismos de ação e nomes comercializados

<i>Antidepressivos no tratamento da depressão pós-parto</i>			
<i>Classe</i>	<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>	<i>Fármacos testados</i>
<i>Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO)</i>	-Não foram relatados casos de uso.	Não indicados devidos à sua ação hipotensora.	-
<i>Antidepressivos Tricíclicos (ATC)</i>	-Seguros. -Detectados em pequenas doses no sangue dos lactentes.	Poucos casos de uso relatados.	Amitriptilina, Nortriptilina, Clomipramina
<i>Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)</i>	-Encontrados em doses mínimas no sangue dos lactentes. -Alta eficácia e segurança. -Menor potencial de acumulação. -Resultados satisfatórios aliados ou não à terapia. -Poucos riscos comprovados, segurança bem estabelecida.	Citalopran: concentração 2 a 3 vezes maior no leite materno, concentração sérica elevada Fluoxetina: meia vida longa, potencial de acumulação.	Citalopran, Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina

Fonte: Winokur *et al.*, 2001; Ibiapina *et al.*, 2010; Aguiar *et al.*, 2011; Ng *et al.* 2015; Becker *et al.*, 2016; Wang *et al.*, 2016.

Venlafaxina, porém com notável melhora dos sintomas depressivos (Cantilino *et al.*, 2010).

Os medicamentos utilizados no tratamento da doença de depressão pós-parto podem ser observados na Tabela 4.

É mais do que comprovada a importância do tratamento da depressão pós-parto, visto que a maioria dos estudos apontam as desvantagens do não-tratamento e os impactos para a mãe e o bebê. Isto torna fundamental que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre a doença, facilitando o diagnóstico e o encaminhamento de mães necessitadas do tratamento (De Brum; Schermann, 2006).

A falta de tratamento a curto prazo pode levar ao suicídio e/ou infanticídio, negligência no tratamento e alimentação do bebê e até morte súbita (Schmidt; Piccoloto; Müller, 2005).

Para o tratamento, uma maneira segura de se tratar, é a opção por uma droga já estudada, pouco excretada no leite materno e que não tenha risco aparente para a saúde da criança (Chaves; Lamounier, 2004).

4. CONCLUSÃO

Entre as consequências da doença, a mais impactante é na construção da relação entre mãe e bebê. Mesmo as formas mais brandas da doença podem afetar o desenvolvimento e até mesmo o emocional do lactente, que consegue perceber as mínimas deficiências na contingência do comportamento da mãe. Dessa forma, os sintomas da doença podem repercutir negativamente nas primeiras relações e até no desenvolvimento da criança. Interações entre bebês e mães deprimidas caracterizam-se por um nível menor de atividade e sincronia. Mães deprimidas tendem a ser menos responsáveis (Schmidt; Piccoloto; Müller, 2005; Ibiapina *et al.*, 2010).

Estudos longitudinais descrevem efeitos negativos da depressão pós-parto no desenvolvimento sócio/emocional da criança, evidenciados pela insegurança, baixa sociabilidade, transtornos de atenção, linguagem e aprendizado e distúrbios comportamentais. Além disso, mães depressivas têm maior dificuldade de iniciar a lactação. Já na adolescência, filhos de mães não tratadas tendem a desenvolver comportamento violento, desvio de conduta e maior probabilidade de desordens médicas e psiquiátricas (Schmidt; Piccoloto; Müller, 2005; Ibiapina *et al.*, 2010).

Conclui-se que a intervenção farmacológica é um importante aliado no combate à Depressão Pós-Parto, e que o mercado oferece dentre várias opções, antidepressivos eficazes no tratamento dos sintomas e que ao mesmo tempo, não prejudicam a lactação e nem oferecem riscos aos lactentes. Sendo assim, fármacos como a Sertralina e a Paroxetina da classe dos ISRS são os antidepressivos mais indicados para o tratamento da Depressão Pós-Parto, pois são encontrados em níveis mínimos no leite materno, mostrando-se seguros e altamente eficazes no controle dos sintomas depressivos.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Universidade Paulista - UNIP, campus São José do Rio Pardo.

REFERÊNCIAS

Aguiar, C.C., Castro, T.R., Carvalho, A.F., Vale O.C., Sousa, F.C., Vasconcelos S.M., 2011. Drogas antidepressivas. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 91-98.

- Bahls, S-C., 1999. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação em Psicologia*, 3, 49-60.
- Ballone, G. J., Depressão pós-parto, 2007. PsiqWeb, Psiquiatria geral. Internet. Última revisão. <http://www.psiqweb.med.br/sexo/posparto.html>, (acesso 17.03.2015).
- Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A., Schmukler, S., 2016. Depression during pregnancy and postpartum. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-9.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E., Rennó Jr, J. O. E. L., 2006. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 92-102.
- Cameron, E.E., Sedov, I.D., Tomfohr-Madsen, L.M., 2016. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189-203.
- Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Sougey, E.B., Rennó Jr, J., 2010. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 288-294.
- Carvalho, M.S., Sampaio, M.F., 2012. Uso de antidepressivos durante a amamentação: revisão sistemática baseada na evidência. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 42-46.
- Chaves, R.G., Lamounier, J.A., 2004. Uso de medicamentos durante a lactação. *Jornal de Pediatria*, 80, 189-198.
- Chisolm, M.S., Payne, J.L., 2016. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*, 352, h5918.
- Costa, C., Reis, Constança, H., 2011. Perturbações psiquiátricas do pós parto: implicações na amamentação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42, 177-181.
- De Brum, E.H.M., Schermann, L., 2006. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*, 37, 151-158.
- De Sousa Schwengber, D.D., Piccinini, C.A., 2003. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8, 403-411.
- Del Porto, J.A., 1999. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 06-11.
- Evagorou, O., Arvaniti, A., Samakouri, M., 2016. Cross-Cultural Approach of Postpartum Depression: Manifestation, Practices Applied, Risk Factors and Therapeutic Interventions. *Psychiatric Quarterly*, 87, 129-154.
- Figueiredo, B., Dias, C.C., Brandão, S., Canário, C., Nunes-Costa, R., 2013. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 89, 332-338.
- Gazal, M., Motta, L.S., Wiener, C.D., Fernandes, J.C., Quevedo, L.A., Jansen, K., Pinheiro, K.A., Giovenardi, M., Souza, D.O., Silva, R.A., Pinheiro, R.T., Portela, L.V., Oses, J.P., 2012. Brain-derived neurotrophic factor in postpartum depressive mothers. *Neurochemical Research*, v. 37, 583-587.
- Habel, C., Feeley, N., Hayton, B., Bell, L., Zerkowicz, P., 2015. Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery*, 31, 728 – 734.
- Higuti, P.C.L., Capocci, P.O., 2003. Depressão pós-parto. *Revista de Enfermagem da UNISA*, 4, 46-50.
- Ibiapina, F.L.P., Alves, J.A.G., Busgaib, R.P.S., Costa F.S., 2010. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. *Femina*, 38, 161-165.
- Kozyrskyj A., Letourneau N., Kang L., Salmani M., 2016. Associations between postpartum depressive symptoms and childhood asthma diminish with child age - *Clinical & Experimental Allergy*. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/cea.12837
- Magalhães, P.V.D.S., Pinheiro, R.T., Faria, A.D., Osório, C.M., Silva, R.A.D., 2006. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica* 33, 245-248.
- Miller, M.L., Kroska, E.B., Grekin, R. 2017. Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207, 69-75.
- Murray, L., Halligan, S., Cooper, P., 2010. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions and child development. *Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development*, 2, 192-220.
- Ng, J., Papandreou, A., Heales, S.J., Kurian, M.A., 2015. Monoamine neurotransmitter disorders [mdash] clinical advances and future perspectives. *Nature Reviews Neurology*, 11, 567-584.
- Ngai, F.W., Ngu, S.-F., 2015. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 156-161.
- Pinheiro, M.B., Ferreira, M.L., Refshauge, K., Ordoñana, J.R., Machado, G.C., Prado, L.R., Maher, C.G., Ferreira, P.H., 2015. Symptoms of depression and risk of new episodes of low back pain. A systematic review and meta analysis. *Arthritis Care & Research*, 67, 1591-1603.
- Romeiro, L.A.S, Fraga, C.A.M., Barreiro, E.J., 2003. Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Química Nova*, 26, 347-358.
- Santarsieri, D., Schwartz, T.L., 2015. Antidepressant efficacy and sideeffect burden: a quick guide for clinicians. *Drugs in Context*. 4: 212290.
- Santos, C.M.T., Almeida, G.O., Souza, T.S., 2009. Depressão pós-parto: Revisão da Literatura. *Psicologia em Foco*, 3, 1-13.
- Schmidt, E.B., Piccoloto, N.M., Müller, M.C., 2005. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *PsicoUSF*, 10, 61-68.
- Tissot, H., Faveza, N., Frascarolo-Moutinot, F., Despland, J.-N., 2015. Assessing postpartum depression: Evidences for the need of multiple methods. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65, 61-66.
- Toth, S. L., Peltz, J., 2009. Maternal depression. Tremblay R.E., Barr R.G., Peters R. De V., Boivin M., eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/dossiers-complets/en/maternal> (acesso 17.03.2015).
- Wang, K., Lu, H., Cheung, E.F., Neumann, D.L., Shum, D.H., Chan, R.C., 2016. "Female Preponderance" of Depression in Non-clinical Populations: A Meta-Analytic Study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1398.
- Winokur, A., Gary, K.A., Rodner, S., Rae Red, C., Fernando, A.T., Szuba, M.P., 2001. Depression, sleep physiology, and antidepressant drugs. *Depression and Anxiety*, 14, 19-28.