

TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

TREATMENT OF POSTPARTUM DEPRESSION

Gabriel R. da Costa¹, Marcos J. R. Argolo²

¹ Aluno do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO, ² Professor do Curso de Medicina do UNIFESO

RESUMO

Introdução: A ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto caracteriza a depressão pós-parto. Esta condição clínica é prevalente - afeta cerca de 10 a 15% das mulheres. Os primeiros dias do pós-parto, é o período de maior incidência, porém, esses números são confusos quando se tenta estabelecer diferenças entre Tristeza Materna (Maternity Blues), Depressão Pós-Parto e recorrência de Transtornos Bipolar no puerpério. Diretrizes atuais de tratamento da depressão não se aplicam a mulheres com DPP que estejam amamentando. **Objetivo:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre o tratamento da depressão pós-parto e sua relação com a amamentação. **Métodos:** Foram elegidos 15 artigos, de 5019, como Scielo, Pubmed e Lilacs das bases de dados nacionais e internacionais. **Discussão:** Reconhecida como um importante problema de saúde, a depressão pós-parto afeta tanto a saúde da mãe, quanto o desenvolvimento do seu filho. O pós-parto é um período marcado por alterações hormonais, mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina. Em questão do aleitamento materno, estudos apontam uma associação da aparição de sintomas depressivos no período puerperal com o desmame precoce (antes do término dos seis primeiros meses exclusivos de aleitamento) apresentado pela mãe. Sobre os fármacos disponíveis, todos antidepressivos usados foram detectados no leite materno, em quantidades diferentes a depender do mecanismo de ação do medicamento. **Considerações finais:** Ao longo desse trabalho, perante ao que foi escrito, podemos concluir que o quadro depressivo no período pós-parto é bastante frequente mesmo que, muitas vezes, sub-diagnosticado.

Descritores: Depressão, Pós-Parto, Psicofarmacologia

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of a major depressive episode in the postpartum period characterizes postpartum depression. This clinical condition is prevalent - affects about 10 to 15% of women. The first days of postpartum are the period of greatest incidence, but these numbers are confusing when trying to establish differences between Maternity Blues, Postpartum Depression and recurrence of Bipolar Disorders in the puerperium. Current guidelines for the treatment of depression do not apply to women with. **Objective:** To carry out a literature review on the treatment of postpartum depression and its relationship with breastfeeding. **Method:** 15 articles were selected from 5019 such as Scielo, Pubmed and Lilacs from national and international databases. **Discussion:** Recognized as a major health problem, postnatal depression affects both the health of the mother and the development of her child. Postpartum is a period marked by hormonal changes, changes in social character, family organization, and female identity. In the question of breastfeeding, studies indicate an association between the appearance of depressive symptoms in the puerperal period and the early weaning (before the end of the first six months of exclusive breastfeeding) presented by the mother. Of the drugs available, all antidepressants used were detected in breast milk in different amounts depending on the mechanism of action of the drug. **Final considerations:** Throughout this work, before what was written, we can conclude that the depressive picture in the postpartum period is quite frequent even if, often, under-diagnosed.

Keywords: Depression, Postpartum, Psychopharmacology

INTRODUÇÃO

A transição para a maternidade, tem sido colocada como uma transição do desenvolvimento comum à maioria das mulheres, em um determinado ponto do seu ciclo de vida. Nesse momento, ocorrem grandes mudanças e reorganizações. Por mais que seja celebrada, a maternidade também é um estressor psicossocial e pode precipitar a ocorrência ou recorrência de perturbações de saúde mental¹.

A depressão afeta duas vezes mais as mulheres do que homens e é a principal causa de incapacidade entre as mulheres. De um modo geral, os anos reprodutivos (18-44 anos) são períodos de maior vulnerabilidade. No pós-parto, as perturbações de humor são as mais frequentes, onde se inclui a depressão pós-parto¹.

A ocorrência de um episódio depressivo maior (as vezes inclui também a depressão menor) no período pós-parto, que corresponde aos 12 primeiros meses após o nascimento do bebê, caracteriza a depressão pós-parto¹.

Esta condição clínica é prevalente - afeta cerca de 10 a 15% das mulheres – e tem consequências graves para a mãe e também para todo o sistema familiar^{1,2}. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão, está se tornando um dos principais problemas de Saúde Pública do mundo ocidental, na população geral³.

Os primeiros dias do pós-parto, é o período de maior incidência, porém, esses números são confusos quando se tenta estabelecer diferenças entre Tristeza Materna (Maternity Blues), Depressão Pós-Parto e recorrência de Transtornos Bipolares no puerpério².

A literatura demonstra que grande parte dos estudos que falam sobre a interação bebê-mãe deprimida aborda implicações da depressão pós-parto nos primeiros meses após o nascimento da criança, considerando que a maior incidência dos quadros depressivos seja nesse período⁴.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é instrumento de auto-avaliação que rastreia a depressão após a gestação, porém, por mais que seja um instrumento de fácil aplicação e interpretação e pode ser aplicada em níveis de menor

complexidade do Sistema Único de Saúde, não é reconhecida pelos profissionais de saúde⁵.

Sabe-se, que algumas mulheres não preenchem os critérios de depressão pós-parto, mas apresentam sintomas de incapacidade funcional que podem ser classificados como transtornos mentais comuns, esses transtornos também provocam alteração do funcionamento habitual do indivíduo. A prevalência de transtornos mentais comuns é de 26,5% em mulheres. A depressão pós-parto por mais que seja frequente é pouco diagnosticada³.

De acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (DSM-IV - APA), a sintomatologia da depressão pós-parto, geralmente não difere da sintomatologia de episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério⁷. Isso tem como justificativa, os fatores de risco mais relevantes, que consistem em depressão anteparto e episódios anteriores de depressão⁷.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, principalmente o obstetra, desempenham um papel fundamental na percepção de indícios do aparecimento de depressão pós-parto nas puérperas, a fim de minimizar as consequências para a mãe, o recém-nascido e a família como um todo, mas, para isso, se faz necessário conhecer os sinais e sintomas que permeiam essa doença para que consigam detectar rapidamente o problema e alcançar um tratamento ideal e eficaz⁶.

Sabe-se que o tratamento farmacológico é o mais eficaz para essa situação, no entanto, como a maioria das puérperas iniciam precocemente a amamentação, é possível que grandes quantidades de fármacos antidepressivos passem também para o bebê. Dessa forma, encontrar um medicamento que apresente a melhor eficácia, tolerabilidade, segurança para mãe e bebê e aceitação, é de suma importância⁷.

OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica sobre o tratamento da depressão pós-parto e sua relação com a amamentação.

MÉTODOS

As pesquisas eletrônicas foram realizadas nas bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), PUBMED (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com os seguintes descritores: Depressão, Pós-Parto e Psicofarmacologia.

A partir dessas descrições foram encontrados 5019 artigos, em que foram empregados filtros dos mesmos a partir de: (I) conter o assunto principal, (II) idioma português e inglês, (III) conter as palavras chaves. Os artigos foram pré-selecionados através da leitura do título e do resumo – de modo a encaixar nos filtros propostos. A partir disso, os mesmos foram lidos na íntegra.

Ao analisar a pré-seleção dos artigos, foram selecionados 15 artigos que abrangiam o tema e as descrições necessárias.

DISCUSSÃO

O pós-parto é um período marcado por alterações hormonais, mudanças no carácter social, na organização familiar e na identidade feminina, todo esse contexto somado a fatores de risco pode levar ao aparecimento da depressão pós-parto. Essa doença tem prevalência de 10-20% da população de puérperas (porcentagem a depender do tipo de estudo e os grupos comparados⁸.

Em um estudo incluindo 70 puérperas, em que a idade das mães variou de 15 a 43 anos (média =25,8 anos), houve predomínio da raça branca e apenas 12 delas eram solteiras, apenas uma era alfabetizada e 37 concluíram apenas até o ensino fundamental. Quarenta e três eram donas de casa e entre as 20 que trabalhavam fora e não eram estudantes, eram empregadas domésticas ou tinham empregos em funções pouco qualificadas. Nesse estudo especificamente, não foram observadas associações entre o risco de depressão pós-parto e fatores como idade, cor, escolaridade e renda⁶.

A depressão pós-parto configura-se como um problema de saúde pública, afetando tanto a

saúde da mãe, quanto o desenvolvimento do seu filho. Na maioria das vezes os sintomas aparecem nas primeiras quatro semanas após o parto e atingem seu pico máximo de intensidade nos primeiros seis meses⁸.

Comparando os fatores de risco, temos os fatores obstétricos, fatores sociais e fatores em relação ao casal e suas vontades quanto a gravidez. Destacam-se, a vontade do casal em ter o filho, a preferência materna pelo sexo da criança (desapontamentos), neuroticismo e introversão materna, má qualidade de sono e medo do parto. Destacam-se também os fatores ligados a condições socioeconômicas e grau de escolaridade do casal. Tendo menos importância os fatores obstétricos, como o tipo de parto, o número de consultas pré-natais e medicamentos usados intraparto⁹. Outros fatores de risco incluem eventos de vida estressantes, como: problemas de saúde da criança e dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho⁴.

O neuroticismo é um traço de personalidade associado com maior risco de tristeza pós-parto. Mulheres com altos escores de neuroticismo, com traços neuróticos, são pouco adaptáveis e emocionalmente instáveis, demonstram uma tendência generalizada a sentir emoções negativas. Seus mecanismos adaptativos para enfrentar o estresse são escassos e diante do desafio da maternidade, acabam se tornando depressivas¹⁰.

Com relação ao aleitamento materno, estudos apontam uma associação da aparição de sintomas depressivos no período puerperal após a interrupção da amamentação ou normalmente surgem junto com a mesma. Existem indícios que a depressão pós-parto pode estar associada ao desmame precoce. Não houve provas concretas que comprovassem a prevenção da depressão pós-parto com o estímulo do aleitamento precoce¹⁰.

Alguns resultados sugerem que a amamentação pode promover uma regulação mais rigorosa da secreção de cortisol basal diurna e que sua estabilidade reduziria o risco de depressão pós-parto, surgindo como um fator protetor¹⁰.

Puérperas depressivas têm pouca confiança em sua capacidade de amamentar e é por isso que acabam sendo menos dispostas para prosseguir com a amamentação, quando comparado com mulheres que não tem a sintomatologia depressiva¹¹.

São investigadas atualmente associações da depressão pós-parto com as alterações de humor pré-menstrual. Estudos relatam que a mulher com sintomas emocionais pré-menstruais antes da gravidez é mais propensa a desenvolver depressão pós-parto².

Além da depressão pós-parto, uma condição mais transitória de alteração de humor no puerpério que deve ser incluída como diagnóstico diferencial é a disforia pós-parto, que ocorre nos primeiros 10 dias de puerpério. A disforia pós-parto tem como sintomas irritabilidade, choro fácil, cansaço, redução do apetite, leve exaltação e ansiedade. Algumas mulheres que desenvolvem Blues, podem evoluir para depressão pós-parto posteriormente¹².

As psicoses puerperais também entram nos distúrbios de humor que caracterizam o pós-parto. Nesse quadro, as puérperas apresentam sintomas acentuados, em que muitas vezes requerem tratamento intensivo e muitas vezes hospitalização. A incidência de tal agravo é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto⁴.

Os sintomas de depressão pós-parto podem incluir desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental, medo de machucar o filho e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas^{8,13}. De acordo com esses sintomas é possível quantificar o grau de depressão na paciente¹³.

Da 4ª para 5ª edição do DSM houve uma mudança nos critérios diagnósticos de depressão pós-parto. A 4ª edição considerava depressão pós-parto aquela que se iniciava no pós-parto e 5ª edição passou a incluir também os episódios que começavam na gestação ou no pós-parto e que deve preencher os seguintes critérios para episódio depressivo maior¹²:

- a) Cinco ou mais de 9 sintomas (incluindo, no mínimo, um de humor depressivo e perda de interesse ou prazer) no mesmo período de 2 semanas. Cada um desses sintomas representa uma mudança do funcionamento prévio, precisando estar presente quase todos os dias:
- Humor depressivo (subjetivo ou observado), na maior parte do dia, quase todos os dias.
 - Perda de interesse ou prazer, na maior parte do dia, quase todos os dias.
 - Redução ou aumento no peso ou no apetite. Peso: mudança de 5% em 1 mês.
 - Insônia ou hipersonia.
 - Agitação ou retardo psicomotor.
 - Perda de energia ou fadiga.
 - Sentimento de inutilidade ou culpa,
 - Concentração prejudicada ou indecisão.
 - Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

Além disso, os sintomas têm que causar sofrimento significativo ou redução da capacidade, o episódio não pode ser atribuído a uma substância ou outra condição médica, o episódio não pode ser mais bem explicado por transtorno psicótico e nunca houve episódio de mania ou hipomania.¹²

Outro instrumento utilizado como diagnóstico é a Escala de depressão pós-natal de Edinburg. Essa escala possui dez questões de múltipla escolha às quais é atribuída uma dada pontuação (0-3), é a forma de rastreio mais utilizada, com um valor psicométrico elevado. Posteriormente, essa pontuação é somada e traduz a sintomatologia da paciente durante a última semana. O questionário aborda tanto os sintomas depressivos, quanto a ansiosos. Um valor maior ou igual a 12 é capaz de identificar as mulheres com maior risco de depressão pós-parto. Tal questionário é aplicado geralmente nas 4 a 6 semanas pós-parto³.

No pós-parto acontecem alterações no ambiente hormonal, com queda de vários

hormônios como progesterona, estradiol e cortisol. Alguns autores associam a fisiopatologia da depressão pós-parto a essas mudanças abruptas associadas a pacientes que tem uma sensibilidade biológica individual a elas¹². Essa teoria é chamada de teoria da retirada hormonal, em que a queda dos hormônios características do puerpério podem diminuir a atividade serotoninérgica central e favorecer o desenvolvimento de sintomas de humor em mulheres suscetíveis¹⁴. No entanto, alguns estudos foram realizados focando detectar alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal nos meses que sucedem o parto. Pelas diversas metodologias usadas e diferentes resultados apresentados, não se pode concluir nada, mesmo que as pesquisas apontem para tal associação do aumento do cortisol com a depressão pós parto¹².

Para traçarmos planos terapêuticos e almejar um bom prognóstico, não devemos nos afastar dos princípios do tratamento da depressão não puerperal, pois, de fato, tratam-se de uma mesma patologia, porém desenvolvida em momentos diferentes da vida¹³.

A partir disso, temos as opções de tratamento. Tais opções que podem ser desde a psicoterapia, passando pela psicofarmacologia e até, em momentos críticos e de alto potencial de extermínio, a eletroconvulsoterapia. Tendo a associação de medicamentos com psicoterapia em quadros leves, e a associação de mais de um medicamento em quadros mais graves¹¹.

O tratamento farmacológico é o meio mais acessível a clínicos que lidam com tais pacientes e apresentam boa resposta funcional⁷. A utilização dos medicamentos psicotrópicos em conjunto com a amamentação é um assunto controverso, pois esses fármacos são liberados no leite materno e questionamentos acerca dos efeitos dos mesmos no desenvolvimento do bebê acabam por levar a mulher a abandonar o aleitamento materno em prol do tratamento¹⁵.

A maioria dos estudos defende o tratamento com antidepressivos e o aleitamento materno em concomitância. Nem todos os antidepressivos foram testados com intuito de avaliar seu impacto na amamentação, no entanto, os ISRS (inibidores seletivos da receptação de

serotonina), que atualmente são os mais utilizados, já passaram por testes e foram estudados e analisados¹⁵.

Sobre os fármacos disponíveis, todos antidepressivos usados foram detectados no leite materno, em quantidades diferentes a depender do mecanismo de ação do medicamento. Os inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina apresentam uma concentração maior no leite quando comparados com os inibidores seletivos da recaptção de serotonina, portanto são preferíveis a sertralina e a paroxetina, quando comparadas a venlafaxina, bupropiona e desvenlafaxina. A fluoxetina e citalopram foram contraindicados, pois foram encontrados em concentrações séricas significativas no sangue de bebês que estavam sendo amamentados¹⁵.

É importante avaliar e monitorar sinais que o bebê pode apresentar como irritabilidade, cólicas e sinais de seditação. Esses sinais podem representar os efeitos do fármaco na circulação do recém-nascido¹⁵. Dois estudos avaliaram o ganho de peso em lactantes expostos a ISRS. Hendrick et al (2003), acompanharam 78 crianças de mães que utilizaram ISRS ou venlafaxina enquanto amamentavam, sendo que 56 destas, haviam tomado o medicamento na gestação. Não houve diferença entre as drogas em relação ao ganho de peso aos 6 meses e depressões maternas mais prolongadas foram preditoras de menor ganho de peso⁷.

Chambers et al (1999) também realizaram um estudo em que 26 filhos de mães que tomaram fluoxetina durante a gestação e a lactação foram comparados a 38 filhos de mães que utilizaram fluoxetina apenas durante a gestação. Aos 6 meses foram avaliados, as crianças de mães que tomaram a fluoxetina durante a amamentação, pesaram em média 392 g a menos. Entretanto, é possível que as mães que utilizaram o medicamento durante a amamentação, tenham tido uma depressão mais severa, confundindo a associação⁷.

Muitas puérperas são relutantes em usar a medicação, pois a maioria delas sentem desejo de amamentar e receio de que os fármacos possam interferir no bem-estar e crescimento do bebê,

nesses casos, as alternativas são suporte psicossocial, suporte social e emocional da família e do parceiro⁸.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o quadro depressivo no período pós-parto é bastante frequente mesmo que, muitas vezes, sub-diagnosticado. A puérpera encontra-se numa situação de adaptações contínuas, muitas vezes com diminuição do suporte social e familiar, sendo este um importante fator de risco para a perturbação depressiva.

É obrigatório rastrear e/ou diagnosticar o maior número de casos e prevenir e/ou tratar esta patologia que pode acarretar prejuízos graves tanto para a mãe, quanto para sua família e seu bebê. Filhos de mães deprimidas demonstram menos engajamento na exploração de objetos e menor expressão de afeto positivo

Os quadros depressivos maternos no puerpério e no primeiro ano de vida da criança, apresentam algumas particularidades e apresentam variações quanto à época que surge, sua incidência e a gravidade dos sintomas. Fatores sociais, biológicos, com relação ao parto e história psicológica podem contribuir para a precipitação deste quadro. Em alguns casos, a apresentação é atípica, justamente porque no início a mãe tende a ter cuidados intensivos com o bebê, fazendo com que a angústia e a tristeza sejam minimizadas.

Em muitos casos, os sintomas maternos aparecem de forma sutil, no entanto, as implicações para o binômio mãe-bebê não são menos importantes. Até mesmo as formas mais brandas de depressão materna podem afetar a criança e repercutir em seu desenvolvimento, além de menor sincronia com a mãe, pois a mesma não é tão responsiva ao interagir com o filho devido sua morbidade.

O período antenatal é marcado pela maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, mostrando assim, a importância da história clínica na identificação dos grupos de risco maior. A paciente que já apresentou depressão em algum momento da vida, deve ser considerada

como de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto e medidas multidisciplinares devem ser tomadas para evitar o aparecimento da doença.

Mesmo com todas as controvérsias, é possível concluir que o melhor meio terapêutico para essas mães, é a terapia medicamentosa. Hoje em dia, muitas mães não realizam o tratamento adequado pois acabam tendo receio de o fármaco passar para o sangue do bebê. É necessária orientação do corpo médico e intervenções psicológicas para essas mães, considerando o fato de que os inibidores seletivos da recaptação de serotonina foram considerados seguros para utilização em puérperas em aleitamento materno.

Por apresentarem melhor perfil em relação a outros antidepressivos em termos de segurança, efeitos colaterais e melhor posologia, a venlafaxina e os ISRS são os preferencialmente utilizados.

Dessa forma, a atuação preventiva e integrada das equipes multiprofissionais deve proporcionar à puérpera o apoio necessário para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Possibilitando a prevenção de um contato negativo entre a mãe e o bebê que pode repercutir posteriormente no seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca A, Canavarro MC. Depressão Pós-Parto. Artmed Panamericana. 2017; PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/45085>
2. Ballone GJ. Depressão Pós-Parto. 2013; ANO 8 – VOLUME 1, de Estudos em Psicologia.
3. Gonçalves DFR. Depressão Pós-Parto. 2011-02-19; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto FMUP; Master Degree in Medicine. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/52156>
4. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estudos de Psicologia: 2003; 8:403-11.
5. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em

- amostra brasileira. *Revista Psiquiatria*. 2007; 27(3): 274-80.
6. Cruz EBZ, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2005; 27(4): 181-8.
7. Magalhães PVS, Pinheiro RT, Faria AD, Osório CM, Silva RA. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. 2006; *Rev. psiquiatr. clín.* 2006, vol.33, n.5, pp.245-8. ISSN 0101-6083. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000500004>.
8. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RZ, Horta BR, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. São Paulo Jan./Feb. 2006; *Rev. Saúde Pública* vol.40 no.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>
9. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Relacionamento, apoio social e personalidade como determinantes psicossociais do risco de depressão pós-parto. *Ginekol Pol.* 2016; 87(6): 442-7.
10. Figueiredo B, Dias CC, Brandão SS, Canário C, Costa RN. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. *Jornal de Pediatria*. 2013; 89(4): 332-8.
11. Silva CSS, Lima MC, Andrade LASS, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NMS, Santos RMAB, Lira PIC. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. *Jornal de Pediatria*:2017; 93(4): 356-64.
12. Leal CG, Rezende MG, Corsi-Zuelli FMG, Castro M, Del-Bem CM. O funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) em estados depressivos no pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Especialista de Endocrinologia e Metabolismo*. 2017; 12(5).
13. Rio Grande do Sul. Núcleo de Telessaúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Como tratar a depressão pós-parto? 2018. Disponível em: aps.bvs.br/aps/como-tratar-a-depressao-pos-parto/. Acesso em: 14 nov. 2018.
14. Zinga D, Phillips S, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(2): 56-64.
15. Lima EO, lima CMS, alves JA, dantas YLS, morais ICO. Uso de antidepressivos durante a amamentação; Maio 2018; Mostra Científica da Farmácia; v. 4, n. 2 (2018)