

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Laís Mariana Roveri¹; Priscila Lima de Freitas²; Célia Regina Ricardo de Oliveira Sassi³; Maria Leonor Beneli Donadon⁴

Resumo

A depressão pós-parto (DPP) trata-se de um transtorno de humor relacionado a diversos sintomas, como: alterações no sono, humor deprimido, perda de interesse e prazer, alteração do peso corporal; sentimento de inutilidade e culpa, pensamentos suicidas e preocupação (ou despreocupação completa) para com o bebê. De prevalência variável e etiologia multifatorial, o objetivo da pesquisa foi avaliar estratégias farmacológicas adequadas aos casos moderados a graves. Foi realizada revisão da literatura considerando as suas possibilidades de tratamento farmacológico em diversas bases de dados. Como resultados foram elencadas diferentes classes de antidepressivos, sendo os mais prescritos os inibidores seletivos de recaptção de serotonina. A sertralina mostra-se como opção para DPP, pelas baixas taxas de transferência no leite materno, proporcionando menos riscos de efeitos adversos ao bebê.

Palavras-chave: Gestação. Depressão pós-parto. Tratamento.

Abstract

Postpartum depression (PPS) is a mood disorder related to several symptoms, such as: changes in sleep, depressed mood, loss of interest and pleasure, altered body weight; feelings of worthlessness and guilt, suicidal thoughts, and worry (or complete unconcern) about the baby. Of variable prevalence and multifactorial etiology, the objective of the research was to evaluate pharmacological strategies appropriate to moderate to severe cases. A review of the literature was carried out considering its possibilities of pharmacological treatment in several databases. As results were listed different classes of antidepressants, being the most prescribed selective serotonin reuptake inhibitors. Sertraline is shown as an option for PPD because of the low transfer rates in breast milk, providing less risk of adverse effects to the baby.

Keywords: *Pregnancy. Postpartum depression. Treatment.*

Introdução

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^a edição (DSM-V)* a depressão está relacionada com a presença de sintomas como humor deprimido, perda de interesse e prazer, aumento ou perda do peso corporal, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade e culpa, dificuldade de concentração e tomada de decisões e pensamentos suicidas, tendo como critério obrigatório no diagnóstico a ocorrência de pelo menos cinco dos sintomas mencionados acima por ao menos duas semanas consecutivas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

¹ Mestranda pelo Laboratório de Biotecnologia Farmacêutica do Departamento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara - FCFAR/Unesp. E-mail: laismarianaroveri@hotmail.com.

² Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo-USP, professora do Centro Universitário Barão de Mauá-Ribeirão Preto/SP. E-mail: imapf12@gmail.com.

³ Mestra em Engenharia de Produção pela Universidade de Araraquara-UNIARA. E-mail: crroliveira11@uol.com.

⁴ Doutoranda pelo Laboratório de Biotecnologia Farmacêutica do Departamento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara - FCFAR/Unesp, professora da ETEC Anna de Oliveira Ferraz. E-mail: ma.donadon@hotmail.com.

Os sintomas mais comuns da DPP são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, pensamentos suicidas, medo de machucar o filho (o que pode fazer a mãe evitar contato com o bebê mesmo para os cuidados básicos), diminuição do apetite, desinteresse sexual e alterações do funcionamento mental. A manifestação desse quadro ocorre, na maioria dos casos, a partir das quatro primeiras semanas no puerpério e alcança seu ápice nos seis primeiros meses (MORAES et al., 2006).

A prevalência dos quadros de DPP pode variar de acordo com o contexto socioeconômico avaliado. Segundo discutido por Stewart e Vigod (2016), estima-se que a prevalência de DPP varie de 6,5 a 12,9% em países de baixa e média renda. Existem inúmeros fatores que potencialmente influenciam o surgimento e evolução da DPP, os quais podem estar relacionados a experiências gestacionais anteriores negativas, valores culturais tais como religião e crenças, apoio social ineficiente durante o período gestacional, idade dos indivíduos envolvidos, nível socioeconômico e alguns outros indicadores que fazem a DPP ser algo presente na realidade atual do mundo das gestantes (MORAIS et al., 2017). Além disso, outros pontos importantes que devem ser abordados e levados em consideração são as mudanças hormonais que a mulher sofre durante o período gestacional. Durante o processo citado ocorre um desequilíbrio nos níveis de neurotransmissor serotoninérgico, assim como alterações no funcionamento da glândula tireoide e nos níveis circulantes de cortisol e estradiol. O hormônio estradiol, ao decorrer da gestação, sofre um aumento considerável de seus níveis, os quais diminuem abruptamente após o parto (DIAS, 2016).

Dentre as possibilidades de tratamento há a farmacoterapia, a qual inclui principalmente as classes de antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), sendo que dentre todos esses a classe mais utilizada para a DPP é a de ISRS (DIAS, 2016).

1 Metodologia

O presente trabalho ajusta-se à proposta de uma pesquisa descritiva do tipo levantamento bibliográfico, pois tem como finalidade a descrição das características do tema e de suas possíveis variáveis com base em materiais já publicados na literatura científica (ANDRADE, 2010; GIL, 2010).

O levantamento bibliográfico proposto partiu da busca por informações em livros e bases de dados de publicações científicas tais como Scielo, MEDLINE e Google Acadêmico. Publicações em Português e Inglês foram revisadas durante a execução da pesquisa.

2 Transtornos Depressivos: Considerações Gerais

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico e baseia-se em critérios estabelecidos no DSM-V, os quais incluem a presença por no mínimo duas semanas consecutivas e na maior parte do dia, de ao menos cinco sintomas dos nove adiante (sendo que pelo menos um deve ser “humor triste/deprimido” ou “perda de interesse/prazer”): humor triste ou deprimido; perda do interesse ou prazer; alteração do peso corporal ou apetite não associado à dieta; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; perda de energia ou fadiga; sentimento de culpa e inutilidade; prejuízo das capacidades de concentração e de tomada de decisões; pensamentos de morte ou tentativa de suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Vale destacar que, clinicamente, a depressão é um transtorno que se manifesta em episódios recorrentes, tendo duração de meses ou anos e podendo ser classificada em leve, moderada ou severa de acordo com a sintomatologia e a gravidade do caso.

A idade de início do desenvolvimento da depressão também é um fator importante a ser considerado. Em um contexto geral, a prevalência da depressão acomete frequentemente os jovens e os idosos (SILVA et al., 2014). Conforme a OMS, a média de idade de início de tais transtornos varia de 20 a 25 anos na maior parte dos grandes centros urbanos (VILLANO; NANHAY, 2011).

Fatores como o contexto socioeconômico e geográfico apresentam papel importante na prevalência dos transtornos depressivos, sendo que no Ocidente a prevalência varia de 3,0 a 5,8% enquanto no Oriente 0,8 a 2,3% (SILVA et al., 2014).

Os transtornos depressivos ainda apresentam causa desconhecida, porém fatores genéticos (31-42%) e ambientais (58-70%) são grandes contribuintes para o surgimento desse quadro clínico. Os fatores genéticos podem apresentar maior complexidade, pois quando associados a fatores ambientais podem aumentar o risco de desenvolvimento de depressão (SULLIVAN; NEALE; KENDLER, 2000). Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento de tal condição clínica são as alterações nos níveis de neurotransmissores, como modulação anormal de neurotransmissões colinérgica, noradrenérgica, dopaminérgica e serotoninérgica (CORYELL; WINOKUR, 2017).

Do ponto de vista farmacológico/bioquímico, a principal causa da depressão é a disfunção das monoaminas, teoria esta apresentada por Schildkraut em 1965. De acordo com o pesquisador, a disfunção dos transmissores monoaminérgicos noradrenalina (NA) e serotonina (5-hidroxitriptamina; 5HT) no Sistema Nervoso Central (SNC) supostamente está associada à causa desse quadro clínico (RANG et al., 2012).

3 Tratamento Farmacológico dos Transtornos Depressivos

No tratamento da depressão são geralmente utilizados antidepressivos que promovem a inibição da recaptção dos neurotransmissores ou diminuem a destruição dos mesmos por ação, por exemplo, da monoamina-oxidase, aumentando assim o nível de neurotransmissores na fenda sináptica, o que, acredita-se, melhora o humor do indivíduo (NEVES, 2015).

Os antidepressivos possuem boa efetividade no tratamento agudo da depressão moderada a grave, apresentando melhora ou até levando à remissão completa dos sintomas. O índice de resposta ao tratamento em indivíduos que apresentam intenção de tratamento varia de 50% a 60%, enquanto a resposta por placebo varia de 25% a 30%. Geralmente os pacientes apresentam resposta ao tratamento após 2 ou 4 semanas de uso da medicação. Em situações em que o paciente não apresenta uma reação de melhora mediante ao tratamento recomenda-se reavaliar os fatores associados e recorrer a outras estratégias farmacológicas, tais como o aumento da dose, associação de outros fármacos antidepressivos, troca do antidepressivo e associação com psicoterapia (FLECK et al., 2003).

As usuais classes terapêuticas para o tratamento da depressão são:

Inibidores da monoamina-oxidase (IMAO);

- ADT;
- ISRS;
- IRSN;
- Antagonistas serotoninérgicos;
- Bupropiona;
- Vortioxetina;
- Agomelatina.

3.1 Inibidores da monoamina-oxidase

São antidepressivos de primeira geração que apresentam função de inibição irreversível ou reversível da enzima monoamina-oxidase. A atividade reduzida da monoamina-oxidase provoca o aumento da concentração dos neurotransmissores nos locais de armazenamento no SNC e no Sistema Nervoso Simpático, promovendo a alteração do humor do indivíduo (NEVES, 2015).

Quanto à cinética, os IMAO possuem boa absorção pelo trato gastrointestinal, sofrendo biotransformação hepática rápida por oxidação, com início da sua ação de 7 a 10 dias com presença de metabólitos ativos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999). Durante o tratamento

o paciente pode apresentar hipotensão, tremores, excitação, insônia, aumento do apetite, ganho de peso, retenção urinária e boca seca (RANG et al., 2012).

3.2 Antidepressivos tricíclicos

O mecanismo de ação dos ADT baseia-se em bloquear a recaptura das aminas NA, 5HT e dopamina (DA) através das terminações nervosas por competição no sítio de ligação do transportador de aminas, e também bloqueando os receptores muscarínicos (colinérgicos), histaminérgicos do tipo 1, α_2 e β -adrenérgicos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999; RANG et al., 2012).

Os ADT apresentam boa absorção pelo trato gastrointestinal e sua metabolização é em torno de 55% a 80% por primeira passagem, com pico de plasmático de 1 a 3 horas para aminas terciárias como a amitriptilina e de 4 a 8 horas para agentes como a nortriptilina. Possui caráter lipofílico, o que permite concentrar-se nos tecidos cerebrais. É metabolizado por diferentes isoformas das enzimas hepáticas do citocromo P450.

3.3 Inibidores seletivos de recaptção da serotonina

O mecanismo de ação dos ISRS se baseia na inibição de forma potente e seletiva da recaptção de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. A potência de inibição é variada assim como a seletividade por noradrenalina e dopamina; a cinética dos fármacos também é variada (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

Possuem absorção rápida, com menor ação do metabolismo de primeira passagem e forte ligação nas proteínas plasmáticas. São metabolizados pelo fígado com ação nas enzimas do citocromo P450. Apresentam maior tolerabilidade em comparação aos ADT, porém os mais frequentes efeitos adversos são náuseas, vômitos, ansiedade, insônia, alterações no sono, fadiga e perda de peso (MORENO et al, 1999).

3.4 Inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina

O mecanismo de ação dos IRSN se baseia na inibição seletiva da recaptção de serotonina e NA, com baixa atividade inibitória da recaptção de DA (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

3.5 Antagonistas serotoninérgicos

O mecanismo de ação se baseia no aumento da atividade noradrenérgica e serotoninérgica central. Apresenta atividade antagonista de auto- e hetero-receptores α_2 adrenérgicos pré-

sinápticos, e atividade antagonista sobre receptores serotoninérgicos dos tipos 5HT2 e 5HT3 pós-sináptico. Tem fraca afinidade pelos receptores 5HT1a e 5HT1b pós-sinápticos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

Quanto aos aspectos farmacocinéticos, ambos apresentam boa absorção gastrointestinal, mas a mirtazapina apresenta biodisponibilidade de 50% em decorrência do metabolismo de primeira passagem. Circulam no organismo ligados às proteínas plasmáticas (>80%) e os valores de meia-vida de eliminação variam de 20 a 40 horas. Apresentam boa tolerabilidade, tendo como efeitos colaterais mais frequentes a sedação excessiva, ganho de peso, dispneia, boca seca e obstipação intestinal (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

3.6 Bupropiona

A bupropiona é um fármaco cujo mecanismo de ação se dá através de sua atividade noradrenérgica e dopaminérgica, aumentando a liberação de NA disponível no organismo. A absorção da bupropiona é rápida por via gastrointestinal, porém sua metabolização pré-sistêmica faz com que sua biodisponibilidade diminua. Apresenta ligação proteica em torno de 84%. Possui boa tolerabilidade e um menor potencial de indução de efeitos colaterais e menor incidência de descontinuação do tratamento por intolerância ao fármaco. Dentre os efeitos colaterais mais frequentes se destaca a agitação, ansiedade, diminuição do apetite, boca seca e *rash* cutâneo (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

3.7 Agomelatina

Trata-se de um fármaco relativamente novo no mercado cuja ação é baseada no agonismo de receptores melatonérgicos (MT1 e MT2), o qual promove o aumento na proliferação de neurônios do hipocampo, ressincronização do ritmo circadiano (que são geralmente afetados nos estados depressivos) e melhora aparente nos sintomas de ansiedade. Não afeta a recaptação de monoaminas e não possui afinidade por receptores α ou β adrenérgicos, histamínicos ou colinérgicos. Sua biodisponibilidade é em torno de 3 a 4% e circula no organismo 95% ligado às proteínas plasmáticas. A meia-vida de eliminação é de cerca de 1 a 2 horas, sofrendo metabolização hepática através do CYP1A2 (BODINAT et al., 2010).

3.8 Vortioxetina

Atua sobre o sistema serotoninérgico favorecendo a neurotransmissão e a ligação da serotonina, favorecendo as ligações que resultam na eficácia ou dificultando as ligações que resultam nos efeitos adversos. A vortioxetina atua também como antagonista dos receptores

5HT3, 5HT7 e 5HT1D, agonista parcial de receptores 5HT1B e agonista de receptores 5HT1A (GARNOCK, 2014).

Sua biodisponibilidade oral é boa (em torno de 75%) e apresenta valores de meia-vida de eliminação de cerca de 7 a 11 horas, com taxa de ligação de 98% às proteínas plasmáticas. Possui metabolização hepática através das isoformas 2D6, 1A2, 2E1, 3A4/5, 2C9, 2A6, 2C8, 2C19 e 2B6 do citocromo P450 (DUBOVSKY, 2014).

4 Depressão Pós-Parto: Características Clínicas e Epidemiológicas

O período gestacional é uma fase muito importante da mulher que precisa de maior atenção, pois nesse período o corpo da mulher sofre alterações hormonais, físicas e psíquicas que podem acarretar sérios problemas à saúde mental. A prevalência da DPP varia de 6,5 a 12%, sendo ainda maior em países de baixa e média renda (STEWART; VIGOD, 2016).

Fatores como o apoio social, pobreza, violência doméstica, idade jovem (entre 14 e 21 anos de idade), gravidez indesejada e obesidade estão associados com o surgimento e agravamento da DPP (BRODY et al., 2018).

O diagnóstico da DPP pode ser realizado através de uma triagem com questionários que contenham pontos que envolvam sentimentos de depressão, desesperança e falta de interesse por atividades. Uma segunda avaliação deve ser aplicada às mulheres que responderem positivamente para as questões da primeira situação a fim de se evitar resultados falsos positivos ou falsos negativos. Mediante ao resultado positivo nessa triagem inicial, deve-se proceder com uma avaliação psicológica avaliando a presença ou não de casos de depressão na família para confirmar o diagnóstico e assim definir qual será a medida de tratamento adequado para a paciente (STEWART; VIGOD, 2016).

Os sintomas da DPP geralmente incluem distúrbios do sono associados ao cuidado com o bebê, irritabilidade, ansiedade, sensação de se estar insuportavelmente sobrecarregada e preocupação obsessiva com o bebê (ou despreocupação completa). O não tratamento da DPP resulta em sofrimento materno, conflitos com o cônjuge e funcionamento diminuído para a mãe, enquanto que, para a criança, pode acarretar comprometimento emocional, social e cognitivo (STEWART; VIGOD, 2016).

A amamentação é um fator importante para a prevenção da DPP e para a melhora dos sintomas, pois favorece a construção da relação mãe/filho. Quando a mãe se encontra deprimida durante o período gestacional, a probabilidade de iniciar ou manter a amamentação são menores do que as que não apresentam sintomas depressivos. Estudos demonstram que a DPP pode surgir após a interrupção da amamentação ou até mesmo resultar da mesma, devido às

experiências negativas que a mãe possa vir a ter sofrido durante o processo de adaptação. Como também já apontado em estudos, mães que amamentam seus filhos com mamadeira possuem maior suscetibilidade de agravar os sintomas de DPP. Amamentar contribui na melhora dos padrões de sono da mãe e previne que a desregulação do sono acarrete a DPP. O apoio do pai durante a amamentação é de extrema importância para a prevenção da DPP, pois a mulher se sente mais segura e consegue atingir períodos de aleitamento maiores do que mães que não têm apoio de seus parceiros/familiares (FIGUEIREDO et al., 2013). Por outro lado, mediante eventuais dificuldades e falta de sono durante o processo de amamentação, é de suma importância o apoio do médico/profissional da saúde à mãe em sua escolha por não amamentar a fim de prevenir que os sintomas da DPP se perpetuem ou se agravem (STEWART; VIGOD, 2016).

5 Resultados e Discussão

O tratamento da DPP é variável conforme a gravidade dos sintomas da mãe e sua capacidade de se relacionar e cuidar do bebê. Sintomas leves a moderados devem ser monitorados e acompanhados; já os casos que apresentam pensamentos suicidas são considerados como urgentes e seu tratamento deve ser imediato. É indicada a medicação antidepressiva quando os sintomas não diminuem com tratamento psicológico, quando a paciente tem sintomas graves que requerem intervenção rápida ou quando a paciente prefere que o tratamento seja com medicação (STEWART; VIGOD, 2016).

Apesar da aplicabilidade dos fármacos no contexto da DPP, vale destacar que as estratégias farmacológicas não são a única escolha para o tratamento da DPP. Intervenções psicossociais como aconselhamento, apoio da família e das pessoas envolvidas, assim como visitas domiciliares de profissionais da saúde podem promover melhoras significativas nos sintomas. Caso a paciente não venha a apresentar melhoras com esse tipo de intervenção, a mesma deve ser encaminhada para uma nova avaliação e um tratamento farmacológico deve ser considerado uma próxima estratégia viável (STEWART; VIGOD, 2016).

Dentre as classes farmacológicas utilizadas no tratamento da depressão, a mais adequada para o tratamento da DPP é a de ISRS, por apresentar um perfil confiável quanto à segurança e aos efeitos colaterais. O tratamento da DPP deve ser iniciado o mais rápido possível a fim de amenizar as possíveis complicações para o bebê e para a mãe (DIAS, 2016).

A classe dos ISRS é composta por fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram e escitalopram. Estes fármacos são amplamente prescritos devido à boa tolerabilidade e eficácia, sendo a sertralina considerada como a primeira escolha para mulheres

que amamentam (DIAS, 2016; STEWART; VIGOD, 2016). Estudos realizados comparando a taxa de resposta e remissão dos sintomas entre dois grupos de mulheres, sendo que um grupo recebeu ISRS e o outro recebeu placebo, encontrou que as taxas de resposta foram de 52,2% contra 36,5% respectivamente, e as taxas de remissão dos sintomas foram de 46,0% contra 25,7%, respectivamente (STEWART; VIGOD, 2016).

Embora seja uma classe considerada primeira linha de escolha no tratamento da DPP, ressalta-se a preocupação com as possíveis malformações congênitas, como a malformação “pé boto” que ocorre nos membros inferiores, fazendo com que os movimentos circulares dos membros não aconteçam adequadamente em filhos de pacientes que fizeram uso particularmente de paroxetina (DIAS, 2016). Estudos apontam que os ISRS apresentam transferência placentária de 35% para fluvoxamina e 73% para fluoxetina. Outros efeitos adversos como craniostenose e defeitos nos músculos esqueléticos foram apontados em estudos realizados com pacientes fazendo uso de ISRS (SMITH; DUBOVSKY, 2017).

Os IRSN podem ser utilizados durante a gestação com efeitos antidepressivos próximos aos alcançados com ISRS, mas podendo apresentar maiores riscos de anencefalia, fenda palatina, gastrosquise ou malformação cardíaca em filhos de gestantes que fazem uso de venlafaxina no primeiro trimestre de gestação (DIAS, 2016).

Os IMAO são raramente utilizados por apresentar efeitos adversos mais intensos e pela pouca segurança em relação à amamentação (STEWART; VIGOD, 2016).

Já os ADT podem ser utilizados durante a gestação, porém devem ser evitados no primeiro trimestre, devendo ser suspensos duas semanas antes do parto a fim de evitar efeitos colaterais para o bebê como espasmos musculares, retenção urinária e problemas cardíacos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999). Sabe-se que há risco de transferência transplacentária de 60% para os ADT, o que potencialmente associa-se à ocorrência de malformações no feto (DIAS, 2016).

Existem poucas evidências de que a exposição aos antidepressivos através do leite materno acarrete efeitos graves ao bebê, sendo que ainda não foram elucidados os estudos que comprovem possíveis danos neurológicos durante a amamentação. Desta forma, não é considerada necessária a interrupção da amamentação em caso de tratamento farmacológico da DPP. A decisão de interromper a amamentação ou o uso de antidepressivos deve ser avaliada considerando os riscos de exposição, os efeitos colaterais frente e os riscos que o não tratamento pode causar tanto para a mãe quanto para o bebê (DIAS, 2016).

Nos casos de amamentação e uso concomitante de antidepressivos, o cálculo da dose infantil relativa é obtido se dividindo a dose que passa para a criança através do leite (mg/kg/d)

pela dose ajustada ao peso da mãe (mg/kg/d). Uma concentração no lactente de menos do que 10% da dose ajustada ao peso materno é geralmente considerada segura em amamentação (DIAS, 2016).

A amamentação é um fator importante no contexto da DPP, pois é o momento crucial em que a mãe estabelece sua relação com o bebê. A decisão de continuar ou descontinuar a amamentação durante o tratamento deve ser apoiada pelo médico e pela família, a fim de garantir que o quadro clínico não venha a piorar (STRELOW et al., 2018).

Mães que sofrem de DPP não tratada são propensas a apresentar maior dificuldade com a amamentação do que as mães que fazem o uso da medicação. Desta forma, a medicação durante a amamentação é uma possibilidade viável (SMITH; DUBOVSKY, 2017).

De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas é recomendável que as gestantes sejam avaliadas por um médico ao menos uma vez durante o período gestacional, a fim de diagnosticar precocemente a possibilidade do desenvolvimento da DPP. Sugere-se como opção alternativa de tratamento para pacientes com DPP de grau leve a moderado sessões semanais de psicoterapia individual, e para pacientes com grau moderado a grave a prescrição de um ISRS (NGUYEN, 2017).

Durante o tratamento muitas mulheres encontram barreiras que dificultam o mesmo, tais como vergonha, estigma, problemas financeiros e dificuldade de locomoção até o serviço de saúde, acarretando então, em muitos casos, a desistência do tratamento.

Não tratar a depressão durante o período gestacional pode acarretar recaídas dos sintomas em 60% a 70% das mulheres e acarretar sérias complicações, como baixo ganho de peso materno, desenvolvimento da DPP, maior probabilidade de prematuridade, baixo peso no nascimento do bebê e grandes sequelas no desenvolvimento temperamental do bebê (PAYANE; MELTZER, 2009). Em circunstâncias extremas, o não tratamento da DPP pode levar a paciente ao suicídio e/ou infanticídio mediante ao agravamento dos sintomas (PAYANE; MELTZER, 2009). De fato, o suicídio devido ao não tratamento da DPP é umas das principais causas da mortalidade materna (BRODY et al., 2018).

6 Conclusões

Diante dos dados analisados pode-se concluir que a DPP é uma doença cuja etiologia é multifatorial. Contudo, a flutuação hormonal que a mulher sofre durante a gravidez e o parto é um aspecto relevante no desenvolvimento do quadro.

Dentre os sintomas DPP destacam-se as alterações no sono, humor deprimido, perda de interesse e prazer, aumento ou perda do peso corporal; sentimento de inutilidade e culpa,

pensamentos suicidas e excesso de preocupação (ou despreocupação completa) para com o bebê e os cuidados que ele requer.

A amamentação é um fator importante para a melhora da DPP, portanto a decisão da mãe de amamentar ou não amamentar deve ser respeitada pelo médico e pela família.

A classe terapêutica mais indicada no tratamento da DPP é a de ISRS, por apresentar boa tolerabilidade, eficácia, e um perfil confiável quanto à segurança e aos efeitos colaterais. A sertralina é usualmente a primeira escolha dessa classe, principalmente por passar em quantidades mínimas pelo leite materno.

Não tratar a depressão durante o período gestacional pode acarretar recaídas dos sintomas em 60% a 70% das mulheres. O não tratamento da DPP pode dificultar o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, inclusive com consequências negativas sobre o desenvolvimento cognitivo e social da criança. Em casos extremos, o não tratamento da DPP pode levar a paciente ao suicídio e infanticídio.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)**. Washington, DC; 2013.

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

BODINAT, C.; GUARDIOLA-LEMAITRE, B.; MOCAER, E.; RENARD, P.; MUNOZ, C.; MILLAN, M. J. Agomelatine, the first melatonergic antidepressant: discovery, characterization and development. **Nat Rev Drug Discov**, v.9, n.8, p.628–42, 2010.

BRODY, S.M.; HOWARD, L.M.; BERGINK, V.; VIGOD, S.; JONES, I.; OLSEN, T.M.; HONIKMAN, S.; MILGROM, J. Postpartum psychiatric disorders. **Nature Reviews Disease Primers**, v.4, article number 18022, 2018

CORYELL, W.; WINOKUR, G. **Visão geral dos transtornos do humor**. 2017. Carver College of Medicine at University of Iowa. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-do-humor#>. Último acesso: 01/04/2018.

DIAS, J.F.A. **Farmacocinética aplicada ao tratamento da depressão pós-parto**. Outubro 2016. 66 f. Dissertação (Mestrado) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egaz Moniz; Portugal, 2016.

DUBOVSKY, S.L. Pharmacokinetic evaluation of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder. **Expert Opin Drug Metab Toxicol**, v.10, n.5, p.759–66, 2014.

FIGUEIREDO, B.; DIAS, C.C.; BRANDÃO, S.; CANARIO, C.; COSTA, R.N. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **J Pediatr**, v.89, p.332-8, 2013.

FLECK, M.P.A.; SOUGEY, E.V.B.; PORTO, J.A.D.; BRASIL, M.A.; JURUENA, F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.** 25 (2): 114-22; 2003.

FOX, M.; SANDMAN, C. A.; DAVIS, E. P.; GLYNN, L. M. A longitudinal study of women's depression symptom profiles during and after the postpartum phase. **Depress Anxiety.** 1-14; 2018.

GARNOCK, J. KP. Vortioxetine: A Review of Its Use in Major Depressive Disorder. **CNS Drugs**, v.28, n.9, p.855-74, 2014

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, A.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública;** 40 (1): 65-70; 2006.

MORAIS, A.O.D.S.; SIMÕES, V.M.F.; RODRIGUES, L.S.; BATISTA, R.F.L.; LAMY, Z.C.; CARVALHO, C.A.; SILVA, A.A.M.; RIBEIRO, M.R.C. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública;** 33 (6): e00032016; 2017.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras Psiquiatr;** v.21, p.24-40, 1999.

NEVES, A. L. A. **Tratamento Farmacológico da Depressão.** 2015. 67 F. Dissertação (Mestrado) Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde; Porto, 2015.

NGUYEN, J. A Literature Review of Alternative Therapies for Postpartum Depression. **Nurs Womens Health**, v.21, n.5, p.348-59, 2017.

PAYANE, J. L.; MELTZER, S. Antidepressant Use During Pregnancy: Current Controversies and Treatment Strategies. **Clin Obstet Gynecol.**, v.52, n.3, p.469-482, 2009.

RANG H.; DALE, M.; RITTER, J.; FLOWER, R.; HENDERSON, G. Fármacos antidepressivos. In: _____. **Rang & Dale Farmacologia.** 7a ed Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 564-565.

SILVA, M.T; GALVÃO, T.F; MASTINS, S.S.; PEREIRA, M.G. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.36, n.3, p. 262-270, 2014.

SMITH, B.; DUBOVSKY, S. L. Pharmacotherapy of Mood Disorders and Psychosis in Pre- and Post-Natal Women. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v.18, n.16, p.1703-1719, 2017.

STEWART, D.E.; VIGOD, S. Postpartum depression. **N Engl. J. Med.** v.375, n.22, p.2177-2186, 2016.

STRELOW, B.; FELLOWS, N.; FINK, S.R.; LAUGHLIN, D.J.O.; RADKE, G.; STEVENS, J.; TWEEDY, J.M. Postpartum depression in older women. **American Academy of Physician Assistants**, v.31, n.3, p.15-18, 2018.

SULLIVAN, P.F, NEALE, M.C, KENDLER, K.S. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. **Am J Psychiatry.**, v.157, n.10, p.1552–62, 2000.

VILLANO, L.A.B.; NANHAY, A.L.G. Depressão: Epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.10, n.2, p.10-21, 2011.