

# A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

ENIVÂNIA NUNES DE SOUSA<sup>1</sup>  
ROBERTTA CRISTHINA SILVA VIEIRA<sup>1</sup>  
ANETTE KELSEI PARTATA<sup>2</sup>

1. Discentes, Curso de Farmácia Generalista, Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína, ITPAC, Araguaína, TO.
2. Farmacêutica, Docente, Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína, FAHESA, ITPAC, Araguaína, TO.

Autor responsável: A. K. Partata. E-mail: anettepartata@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem estar, alterando seu psiquismo e o seu papel sócio-familiar (FALCONE, 2005).

Nos últimos 20 anos, tem havido um crescente reconhecimento de que, para algumas mulheres, a gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão. Esse conhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres (ZINGA, 2005).

Estima-se que cerca de um terço da população apresenta sintomas depressivos, tais como tristeza e desampontamento, sendo que quando estes sintomas se tornam qualitativamente diferentes, interferindo com a função normal e, portanto, sendo considerados patológicos, eles passam a ser denominados de transtornos depressivos (PERES, 2004).

Devido ao grande número de mulheres acometidas pela depressão pós-parto (DPP) é necessário que sejam tomadas atitudes para a reversão deste mal, pois é bastante nítida a gravidade deste transtorno e as conseqüências decorrentes do seu desenvolvimento. A DPP não consiste apenas em alterações psicológicas da mãe, mas representa também distúrbios que podem afetar o desenvolvimento psicológico da criança. Distúrbios estes que podem comprometer toda a sua vida, além de representar um grande problema de saúde pública. Alguns autores alertam para a relevância da DPP como problema de saúde pública e

ênfaticam a necessidade de estratégias de prevenção e tratamento (PERES, 2004).

Desta forma, estudos referentes a este transtorno devem ser realizados, pois a necessidade de maior compreensão sobre o mesmo é essencial para sua prevenção e tratamento.

Diante do exposto, foi feita uma revisão bibliográfica sobre a DPP objetivando apresentar a importância do farmacêutico no tratamento deste transtorno e identificar os principais fatores que o desencadeiam evidenciando medidas efetivas na sua prevenção.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram realizadas consultas ao acervo bibliográfico do ITPAC e da biblioteca virtual BIREME. A normatização das citações e referências obedeceu às Normas para Apresentação de Trabalhos do periódico INFARMA. Os descritores utilizados foram: depressão pós-parto, antidepressivos, atenção farmacêutica.

## REVISÃO DE LITERATURA

A depressão pós-parto (DPP) é definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto e pode ser de intensidade leve e transitória, neurótica, e até de desordem psicótica. A depressão maior ocorre por período mínimo de duas semanas, com a presença do humor depressivo ou anedonia associada a pelo menos quatro dos sintomas: alteração significativa de peso ou do

apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e idéias de morte ou suicídio (MATTAR, 2007).

### **Classificação da DPP**

As alterações psiquiátricas no pós-parto são classificadas em *blues* puerperal, depressão puerperal e psicose puerperal (MORENO, 2003).

*Blues* ou melancolia da maternidade é um quadro bastante freqüente, leve e que usualmente se inicia no segundo dia após o parto e não requer uma abordagem médica específica, bastando o apoio emocional, a compreensão, o reassuramento e o auxílio nos cuidados com o bebê (MORENO, 2003). É um estado de fragilidade e hiperemotividade, acompanhado por choro, tristeza, falta de confiança e incapacidade para cuidar do bebê (ALTL, 2008).

A depressão puerperal ocorre após o *blues*, sendo que os sentimentos depressivos não cedem ao final de duas semanas após o parto e podem durar meses ou ano. Geralmente, manifestam-se sentimentos de incapacidade de cuidar do filho e dificuldades para enfrentar a nova configuração sócio-familiar. A sintomatologia típica inclui sentimentos de culpa, transtornos do sono, flutuações de humor com grande tendência a tristeza e ausência de sintomas psicóticos (ALTL, 2008).

A psicose puerperal é a forma mais grave de doença psiquiátrica do pós-parto. Os primeiros sintomas podem aparecer de forma abrupta em cerca de 48 a 72 horas depois do parto, porém mais comumente se desenvolvem em duas a quatro semanas após o parto (MORENO, 2003). É uma síndrome com características de depressão, delírios e pensamentos da mãe sobre ferir o bebê ou a si mesma. Nos casos mais graves ocorrem inclusive fantasias homicidas em relação à criança, as quais, em situação extrema, podem chegar ao infanticídio (ALTL, 2008).

### **Epidemiologia**

A DPP é um problema de saúde pública com prevalência variando entre 10 e 15% de acordo com a literatura mundial (EVANS, 2008). As variações entre os índices de prevalência devem-se provavelmente ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, bem como as diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados (MORAES, 2006).

Nas adolescentes, verifica-se prevalência quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas, o que pode

estar relacionado à falta de maturidade afetiva e de relacionamentos dessas pacientes (CAMACHO, 2006).

O *blues* que inclui sintomas depressivos leves, pode ser identificado em 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados (CAMACHO, 2006).

A incidência da psicose puerperal é de um caso em cada 1000 partos, embora alguns estudos indiquem que essa incidência tem maior freqüência. Cerca de 50% das mulheres com psicose puerperal têm histórico familiar de transtorno de humor. Além disso, há grande probabilidade de mulheres que tiveram psicose puerperal apresentarem episódios de doença psiquiátrica ao longo da vida (ALTL, 2008). Mulheres bipolares apresentam um risco cerca de cem vezes maior de desenvolver a psicose puerperal do que aquelas sem este diagnóstico (MORENO, 2003).

Há provas da existência de um risco mais elevado de desordens humorais em mulheres no período fértil, com picos de prevalência ocorrendo entre 25 e 44 anos. A recorrência de psicose puerperal é de 30 a 50% a cada parto subsequente (MATTAR, 2007).

### **Etiologia**

Em virtude da carência de estudos sobre a etiologia da DPP, ainda não existem causas distintas diretamente relacionadas à mesma, porém existem alguns fatores que estão associados com a sua aparência e remissão (TAPIA, 2004).

Menor escolaridade e baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados com DPP. Entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa auto-estima, ansiedade pré-natal, estresse na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança (MORAES, 2006).

Também são considerados fatores de risco para a DPP: extrema idade das mães, dificuldades conjugais, problemas com os pais, multiparidade, patologias obstétricas, nascimento cesariano, doenças no recém-nascido e prematuridade (ROJAS, 2006).

### **Prevenção**

A Alta prevalência de DPP reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. Porém, não existem ainda medidas com estudos que realmente comprovem sua eficácia,

havendo somente algumas intervenções promissoras para a redução da ocorrência de DPP em mulheres em risco, mas nenhuma estratégia isolada evitou a DPP em todas as mulheres (ZINGA, 2005).

### **Estratégias Psicossociais**

Estratégias psicossociais tais como iniciativas educacionais e melhoria na atenção pré e pós-natal são eficientes na prevenção do desenvolvimento da DPP ao atenuar ou eliminar os fatores de risco psicossociais. Estas intervenções têm, sobretudo, assumido a forma de iniciativas educacionais, aprimoramentos aos cuidados de saúde durante a gravidez e / ou puerpério precoce. O pré-natal, além de orientar a mãe e prevenir uma série de doenças e problemas com a mãe e o bebê, também serve como prevenção de uma DPP (ZINGA, 2005).

### **Suplementação dietética**

Alguns autores relatam que durante a gravidez pode ocorrer o esgotamento de ômega 3, uma vez que transcendem as suas reservas para o desenvolvimento cerebral fetal. Este fato é muito importante, porque pode ser um fator contribuinte para o aparecimento de depressão durante a gravidez e após o parto. Por isso, é aconselhável a completar as mulheres grávidas com estes ácidos graxos, quer com cápsulas, xaropes ou incentivar o consumo de alimentos que os contenham. Os suplementos podem ser úteis na prevenção do aparecimento de depressão e também como terapêutica. Também apresentam as vantagens de que podem ser administrados durante a gravidez e durante a amamentação. Além de seus efeitos antidepressivos, é transferido da mãe para o feto durante a gravidez e, através do leite materno, incentivando o desenvolvimento do sistema nervoso central do recém-nascido (TAPIA, 2004).

### **Melhoria na qualidade do sono**

Crescentes evidências destacam uma associação entre a perda de sono e humor negativo em mulheres no pós-parto. Grave privação de sono e freqüente despertar são quase que universalmente relatados por mulheres que se apresentam para tratamento de DPP. Desta forma é visível a necessidade de melhorar a qualidade do sono na primeira semana do pós-parto, o que é possível através de uma maior permanência na enfermaria e auxílio nos cuidados com o bebê (ZINGA, 2005).

### **Como a DPP pode afetar o recém-nascido**

As evidências de que os efeitos da DPP para a interação mãe-bebê dependem da cronicidade do quadro depressivo têm levado a que se avalie o seu impacto em momentos posteriores do desenvolvimento do bebê (SCHWENGBER, 2003).

A DPP pode ocasionar pensamentos obsessivos, envolvendo violência contra a criança, e existe possibilidade de negligência nos cuidados infantis, inclusive diminuição do período de amamentação. Incita sentimentos negativos, culpa, desinteresse pela criança e resultado insatisfatório da interação entre ambos. Pode, portanto, causar impacto negativo no desenvolvimento do recém-nascido tanto imediato como em longo prazo (MATTAR, 2007).

Entre os casos que podem ser considerados como negligência precoce, o abandono é a forma mais grave pela quebra do vínculo mãe-filho e são vários os estudos sobre os efeitos deletérios disso sobre a criança, relativos ao seu bom desenvolvimento afetivo e neurológico (CORREIA, 2007).

Além disso, pode ocorrer, negligência emocional, em relação à proteção, banho, higiene pessoal, supervisão, nutrição, cuidados de saúde, e abandono. As conseqüências tardias do abandono podem ser responsabilizadas por tendências anti-sociais em crianças que tiveram um bom vínculo inicial, mas depois o perderam (SILVA, 2007).

Crianças abandonadas podem desencadear dificuldades cognitivas e afetivas, incluindo dificuldades de relacionamento. Essas últimas manifestações podem expressar-se através da superficialidade nos vínculos afetivos, desinteresse por amizades, mentiras, furtos, enfim, uma predisposição maior para a delinquência (SILVA, 2007).

### **Tratamento**

#### **Acompanhamento terapêutico**

Para a maioria das mulheres com quadros depressivos leves e moderados a psicoterapia é suficiente para o controle dos sintomas. A terapia farmacológica está reservada para os quadros graves, não responsivos à psicoterapia (NOMURA, 2007).

O acompanhamento terapêutico é uma atividade realizada, na qual uma pessoa participa das atividades diárias de um paciente, descobrindo as dificuldades que esse enfrenta e ajudando-o a encontrar soluções. Esse tipo de acompanhamento pede uma programação, que varia desde sessão diária de acompanhamento até uma sessão se-

manal ou mais prolongada, de acordo com a necessidade (ANDRADE, 2005).

Este acompanhamento, realizado por equipe multiprofissional composta por enfermeiros, nutricionistas, pedagogos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e agentes comunitários, consiste em complementar o pré-natal, por meio de monitoramento da gravidez, humanização do atendimento e fortalecimento da relação mãe-feto, considerando a saúde mental materna (FALCONE, 2005).

Após o diagnóstico, onde é observado gravidade, a gestante deve ser encaminhada para atendimento individual ou em grupo, tratando-se os conflitos emergentes. As atividades terapêuticas que podem ser abordadas para o desenvolvimento e/ou reforço do vínculo mãe/feto são relaxamento, automassagem, massagem do bebê, cantigas de ninar, dinâmicas para se trabalhar sentimentos e dúvidas que emergem na gestação relação entre mãe e conceito, função do pai e discussão de temas relacionados à gestação, parto e pós-natal imediato (FALCONE, 2005).

A disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento é o requisito mais importante para a ação preventiva. Por meio da interação, o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico (FALCONE, 2005).

## Farmacoterapia

Nos casos de depressão mais grave, particularmente a depressão associada a distúrbios biológicos, como perda do apetite, constipação, acordar cedo pela manhã, variação diurna de humor e retardo psicomotor, a terapia com agentes antidepressivos é claramente mais eficaz do que a psicoterapia (GRAHAME-SMITH, 2004).

Dentro do arsenal terapêutico, os antidepressivos cujo mecanismo de ação envolve a inibição seletiva da recaptção de serotonina (ISRS) são os mais comumente prescritos, entre eles a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, a venlafaxina, a fluvoxamina e o citalopram (NOMURA, 2007).

Os ISRSs são agentes antidepressivos que agem basicamente inibindo o transporte (recaptção) de serotonina na fenda sináptica. Seu mecanismo antidepressivo se dá por estes agentes se ligarem à proteína transportadora de serotonina e fazerem com que esta perca a sua afinidade por este neurotransmissor. Isso, por sua vez, permite que a serotonina se acumule e interaja com vários subtipos de receptores na sinapse neuronal, entre os quais os receptores 5HT1A, os quais regulam o humor (PERES, 2004).

Os ISRSs são rapidamente absorvidos por via oral. Os fármacos como a fluoxetina e a sertralina, são biotransformados dando origem a metabólitos N-desmetilados, que são eliminados lentamente sendo alguns deles farmacologicamente ativos e de ação prolongada. Sua biotransformação se dá por isoenzimas do sistema citocromo P450 dos microsomos hepáticos (CYP) (DELUCIA, 2004).

Os ISRSs apresentam perfil mais tolerável de efeitos colaterais, provavelmente em razão de sua ação mais seletiva. Os efeitos adversos mais comuns são ganho de peso corpóreo, náuseas, vômitos, cefaléia, agitação, ansiedade, alterações do sono, tremores, reações dermatológicas, efeitos extrapiramidais e disfunções sexuais (DELUCIA, 2004).

O principal mecanismo das interações medicamentosas dos ISRS envolve a inibição de diferentes isoenzimas do CYP-450. Essas interações incluem potenciação de fármacos metabolizados pelas isoenzimas CYP1A2, CYP2C19, CYP3A/4 entre outros (DELUCIA, 2004).

A posologia dos ISRSs, é determinada de acordo com cada paciente, podendo variar em cada droga, sendo de 20-80mg/dia para a fluoxetina; 20-60 mg/dia para a paroxetina; 20-60 mg/dia para o citalopram; e 50- 200 mg/dia para a sertralina (FAISAL-CURY, 2005).

Quando iniciar o uso, por quanto tempo manter e os riscos durante o aleitamento devem ser discutidos entre psiquiatra, obstetra e gestante. A prática, ainda muito comum, de suspender medicações antidepressivas durante a gestação deve ser abandonada. O potencial teratogênico dos ISRS como classe de drogas é baixo e não justifica a suspensão do uso. O risco de agravamento é cinco a sete vezes maior nas mulheres que interrompem o uso abruptamente, e 75% das mulheres que suspendem o uso terão recaídas no período perinatal, com risco de suicídio (DELUCIA, 2004).

Em termos gerais, as análises até o momento não evidenciam que os ISRSs sejam potenciais teratogênicos. Contudo, excetuando-se a fluoxetina que apresenta estudos com números amostrais significativos, os demais fármacos desta classe apresentam números amostrais pequenos, o que impossibilita uma verdadeira estimativa dos riscos (PERES, 2004).

Talvez, mais preocupante do que isso, seja o fato de que qualquer substância química que haja sobre o sistema nervoso central materno (antidepressivos e demais fármacos psicoativos, por exemplo) age também sobre o sistema nervoso central fetal, sendo, até se provar o contrário, um teratogêno neurocomportamental. Isto significa que qualquer psicoativo, como os ISRSs, apresenta um poten-

cial de causar um desenvolvimento anormal do sistema nervoso e, conseqüentemente, pode levar a alterações funcionais como retardo mental, déficits de aprendizado e de linguagem, entre outras (NOMURA, 2007).

Para mulheres que estejam amamentando, a questão é mais complexa. Mesmo que a maioria dos lactentes não sejam expostos a uma dose significativa de medicação, no momento, não é possível prever que fatores expõem o lactente a risco excessivo. É possível que aqueles que são expostos a níveis significativos sofram efeitos colaterais e ganhem menos peso que os não-expostos, embora a relevância clínica desse achado seja questionável (NOMURA, 2007).

Alguns autores também relatam distúrbios neuro-comportamentais, irritabilidade, choro incontrollável, dificuldades para sugar e alterações do sono em recém-nascidos expostos a ISRS por meio do leite materno. Contudo, as evidências de prejuízos no desenvolvimento associado aos antidepressivos não é definitiva, por ser baseada em estudos preliminares. Assim, a prioridade deve ser em tratar mulheres com DPP, já que é provável que a depressão tenha maior impacto sobre o desenvolvimento da criança do que exposição a antidepressivos através do leite materno (MAGALHÃES, 2006).

### **Eletroconvulsoterapia**

A eletroconvulsoterapia (ECT) consiste em tratamento biológico ainda não amplamente utilizado na prática psiquiátrica, devido aos inúmeros fatores que contribuem para uma resistência acerca do método (MOSER, 2005).

Vários relatos de caso sugerem que a ECT é um procedimento de baixo risco e alta eficácia para o tratamento de depressão em diferentes períodos da gestação. O efeito adverso mais importante da ECT consiste no déficit de memória, que se apresenta como confusão pós-ictal, amnésia retrógrada e/ou anterógrada (MOSER, 2005).

Embora seja empregado, em geral, como tratamento de segunda escolha, o uso da ECT não deve ficar restrito a esta condição. A escolha como tratamento primário em depressão não pode ser descartada, haja vista a superioridade da ECT sobre a abordagem farmacológica na redução dos sintomas em curto prazo, conforme demonstrada em duas revisões sistemáticas (MOSER, 2005).

A revisão da literatura é contundente em evidenciar que a ECT, quando aplicada com técnica e indicações precisas, consiste em tratamento eficaz, seguro e capaz de promover melhora na qualidade de vida dos pacientes, através da reversão mais rápida dos sintomas em curto prazo (MOSER, 2005).

### **A importância do farmacêutico no tratamento da DPP**

A importância do farmacêutico na qualidade de vida da população tem aumentado na última década, em função de uma série de ações voltadas não mais exclusivamente ao medicamento, mas ao paciente ou ao usuário do medicamento. O farmacêutico tem desempenhado o papel de consultor no que se refere aos aspectos terapêuticos de produtos, em hospitais, ambulatórios, postos de saúde, laboratórios de análise e, principalmente farmácias e drogarias. Tais ações têm colaborado para o aumento da qualidade de vida da comunidade como um todo (OSHIRO, 2008).

O objetivo da atenção farmacêutica é melhorar a qualidade de vida de cada paciente através de resultados definidos na terapia medicamentosa. Os resultados procurados envolvem por sua vez, três funções principais: identificar problemas reais e potenciais relacionados com os medicamentos; resolver problemas reais relacionados com os medicamentos e prevenir problemas potenciais relacionados com os medicamentos (LOPES, 2008).

Quando se trata de gestantes o papel do farmacêutico pode ser decisivo na utilização ou não de um medicamento ou ainda na detecção de risco terapêutico de medicamentos prescritos. Ao farmacêutico cabe conhecer os potenciais teratogênicos dos medicamentos para que possam orientar às gestantes e aos profissionais sobre alternativas terapêuticas (CRIVELLARI, 2007).

Devido à grande carência de estudos relacionados à teratogenicidade dos fármacos utilizados no tratamento da DPP, as gestantes buscam nas farmácias, além dos medicamentos, informações mais claras sobre o real risco ou segurança do uso de medicamentos. Para isso o profissional farmacêutico deve estar preparado para informar às mães preocupadas com a segurança do filho sobre o risco de amamentar durante o uso de antidepressivos, alertando-a sobre a polêmica questão de que os benefícios do uso devem ser maiores que os riscos a que o feto estará sujeito. Essa atitude será decisiva para a adesão ao tratamento e para evitar um conseqüente abandono da terapia que pode levar a conseqüências trágicas, tais como, recaídas, abandono do bebê, infanticídio, ou até mesmo o suicídio (CRIVELLARI, 2007).

Como estratégia para minimizar os riscos ao bebê, o farmacêutico deve orientar a mãe a evitar a amamentação nos momentos de concentração máxima do fármaco, geralmente 1 a 2h após a administração oral dos medicamentos (CRIVELLARI, 2007).

Diante da complexidade do tratamento medicamentoso, o farmacêutico, sendo um profissional da área

de saúde, responsável pela dispensação ou até mesmo manipulação desses medicamentos, deve de maneira ativa acompanhar e orientar essas pacientes, ou seja, prestar um serviço de assistência farmacêutica efetiva que possa evoluir para implementação de uma atenção farmacêutica específica. Deve estar atento, para os perigos das interações medicamentosas e reações adversas, bem como para uma correta orientação na utilização dos medicamentos, contribuindo dessa forma, com o profissional médico no restabelecimento mais breve da saúde (NETO, 2004).

Para isso o profissional necessita buscar informações e ferramentas para ser capaz de agir efetivamente no curso do tratamento. Desta maneira, poderá contribuir não apenas com a paciente que chega a sua farmácia, mas contribuir com os cuidados prestados por toda a equipe multiprofissional que acompanha esta paciente (NETO, 2004).

## CONCLUSÕES

Nos últimos 20 anos houve um grande desenvolvimento na pesquisa da DPP, um problema de saúde pública que vem se destacando e causando inúmeros prejuízos não só a saúde da gestante, como também do seu bebê e toda a família.

Contudo, diante da grande carência de informações sobre a DPP e o crescimento da incidência da mesma, o profissional farmacêutico deverá atuar no esclarecimento de dúvidas relatadas pelas pacientes, orientando-as sobre o risco de abandonar o tratamento, acompanhá-la minimizando as reações adversas, interações medicamentosas e com isso garantir a adesão, segurança e eficácia da terapêutica, proporcionando à mãe e a criança, saúde e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTL, Melissa dos Santos; BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.13 n.2, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 13 de setembro de 2008.

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; PEDRÃO, Luiz Jorge. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 01 de outubro de 2008.

CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 33, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br>. Acesso em: 12 de Setembro de 2008.

CORREIA, Luciana Leonetti; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Ansiedade materna no período pré e pós-natal: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 06 de maio de 2008.

CRIVELLARI, Eliane Oliveira. Uso de medicamentos na gestação e lactação e Atuação farmacêutica. **Revista Racine**. São Paulo, v. 100, p. 62 – 8, set/out. 2007.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMÕES, Gláucia Lucena; FAISAL-CURY, Alexandre. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.27, n.4, p. 181-8, abr. 2005.

DELUCIA, Roberto; OLIVEIRA-FILHO, Ricardo Martins de. Antidepressivos: Farmacologia do Lítio. In: GORENSTEIN, Clarice, SCAVONE, Cristoforo. **Farmacologia Integrada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. Cap. 26, p. 226-31.

EVANS M, Gregório; VICUNÃ, M, Mcjohn; MARIN, Rodrigo. Depressão pós-parto realidade no sistema público de atenção de saúde. **Revista chilena de obstetrícia e ginecologia**. Santiago, v. 68, n. 6, 2003. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 6 de maio de 2008.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Depressão pós-parto: O papel do obstetra. **Femina**. São Paulo, v. 33, n. 2, jan. 2005. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 6 de maio de 2008.

FALCONE, Vanda Mafra, et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n.4, p. 612-8, ago. 2005.

GRAHAME-SMITH, D. G; ARONSON, J. K. A farmacoterapia dos distúrbios psiquiátricos. In: ---. **Tratado de farmacologia clínica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 31, p. 348-55.

LOPES, Luciane Cruz; CALERO, Maria J. Martin. Experiências em Atenção farmacêutica. In: STORPIRTIS, Sílvia et al. **Farmácia Clínica e Atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap 40, p. 402-10.

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva Magalhães, et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 33, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 02 de junho de 2008.

MATTAR, Rosiane et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.29, n.9, set/2007.

- MORAES, Inácia Gomes da Silva. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, fev. 2006.
- MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. **Diagnósticos e Tratamento: Elementos de apoio: depressão**. São Paulo: Lemos, 2003. Pág. 27.
- MOSER, Carolina Meira; LOBATO, Maria Inês; BALMONTE-DE-ABREU, Paulo. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 27, n.3, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 01 de outubro de 2008.
- NETO, Severiano T. Freitas. Assistência Farmacêutica e o Tratamento Farmacológico da Depressão. **Revista Racine**. São Paulo, v. 1, n. 81, p. 60-66, jul/ago. 2004.
- NOMURA, Marcelo Luís; SILVA, João Luís Carvalho Pinto. Riscos e benefícios do uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina para a depressão durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.29, n.7, jul. 2007. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 02 de junho de 2008.
- OSHIRO, Maria de Lourdes; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo. Atenção Farmacêutica: Revisão Bibliográfica da Produção Brasileira no Período de 1999 a 2005. In: STORPIRTIS, Sílvia et al. **Farmácia Clínica e Atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap 41, p. 411-29.
- PERES, Rossana Mizunski et al. Depressão na gestação e uso de inibidores da recaptção da serotonina. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 61, n. 1/2, p. 59-64, jan/fev. 2004.
- ROJAS C, Graciela, et al. Qualidade de vida de mulheres deprimidas no pós-parto. **Revista Médica de Chile**. Santiago, v. 134, n. 6, p. 713-720, jun. de 2006. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 6 de maio de 2008.
- SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O Impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 8, n. 3, set/dez. de 2003. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 06 de maio de 2008.
- SILVA, Mônica Nardy Marzagão. Crianças e Adolescentes: As vítimas de maus-tratos e negligência precoce. **Associação Brasileira de Psicopedagogia**. 2007. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos>. Acesso em: 09 de setembro de 2008.
- TAPIA S, Alexis. Ácidos graxos ômega-3 para a prevenção e tratamento da depressão durante a gravidez e pós-parto. **Revista chilena de obstetrícia e ginecologia**. Santiago, v. 69, n. 5, p. 399 – 403, 2004. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 6 de maio de 2008.
- ZACONETA, Alberto Moreno; MOTTA, Lucilia Domingues Casulari da; FRANÇA, Paulo Sérgio. Depressão pós-parto: Prevalência de monitoramento teste puerperas positiva, no hospital universitário de Brasília, Brasil. **Revista chilena de obstetrícia e ginecologia**. Santiago, v. 69, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 6 de maio de 2008.
- ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dac; BORN, Leslie. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, s. II, p. S56-64, out. 2005.