

Depressão Puerperal: Atualização

Maria Celeste Osório Wender */**

Valentino Antonio Magno **

Chrystiane Marc *

Angélica Manfroi *

**Departamento de Ginecologia e Obstetrícia- Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

***Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução

A depressão pós-parto é transtorno de humor que se manifesta tipicamente nas primeiras quatro a seis semanas após o parto, e os sintomas duram de 3 a 14 meses. Entretanto, as alterações podem não se tornar aparentes até o quarto ou quinto mês após o parto e por isso não serem atribuídas a essa fase. Afeta, aproximadamente, 10-15% das mulheres em geral (havendo prevalências relatadas entre 3,5% e 33%), sendo o primeiro episódio de depressão para 60% destas. Quando analisado o grupo de mães adolescentes, a prevalência chega a 26%.

Há evidências de que a depressão da mãe afeta de forma adversa o temperamento e o desenvolvimento do lactente, refletindo-se em distúrbios cognitivos e comportamentais aos três ou quatro anos de idade, trazendo impacto negativo a longo prazo sobre o desenvolvimento familiar.

A etiologia dos episódios depressivos durante o pós-parto ainda não está bem estabelecida. Este período é acompanhado por profundas alterações neuroendócrinas e psicossociais. A interação destes fatores é provavelmente responsável pela patogênese dos distúrbios afetivos.

Várias teorias hormonais foram postuladas como causadoras da vulnerabilidade emocional dessa fase. O estudo de diversos neurotransmissores e neuroreguladores não mostrou alterações específicas nas mulheres com depressão puerperal em relação às sem depressão. Ensaios clínicos tam-

bém não mostraram relação consistente entre as concentrações de estradiol ou de progesterona.

Algumas evidências sugerem que o déficit temporário de cortisol seria o responsável pelas alterações depressivas. Há queda da secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise após o parto, provocando redução no cortisol sérico; entretanto, qualquer tentativa de medir a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é difícil de interpretar pelas alterações relacionadas à gravidez.

Há possibilidade da tireóide contribuir para o desenvolvimento da doença mental puerperal. A tiroxina, que está aumentada durante o terceiro trimestre, diminui gradualmente após o parto pela queda do hormônio tireotrófico (TSH), caindo a níveis inferiores aos prévios da gestação, podendo ocasionar os sintomas. No entanto, o exato papel do eixo hipotálamo-hipófise-tireóide na fisiologia da doença também permanece obscuro.

Acredita-se também que os sintomas se exacerbem em face de estresse, sendo a quebra do estilo de vida materno prévio e o papel do recém-nascido na relação conjugal importantes estressores. No entanto, o estresse isoladamente não pode ser considerado como precipitador da doença.

Fatores de Risco

História familiar ou pessoal de depressão, especialmente de depressão pós-parto, aumenta significativamente o risco de episódio depressivo

no puerpério. Mulheres com episódios prévios da doença possuem risco de 50% de recorrência nas próximas gestações, e cerca de 30% das pacientes com depressão prévia à concepção desenvolverão o distúrbio. Outros fatores de risco incluem a ansiedade e a depressão durante a gravidez, suporte pós-natal deficiente, eventos estressores, instabilidade conjugal e gravidez não desejada. Estudos demonstraram que a insatisfação com o casamento, o mau relacionamento com a mãe, e a manutenção do papel social de forma não espontânea e, sim, de aparências diante do cônjuge e das outras pessoas aumentam o risco de depressão pós-parto. Grandes estudos não correlacionaram a amamentação nem as variáveis obstétricas (tipo de parto, idade da gestação, peso do recém-nascido) com mudanças no risco de desenvolver a doença. Também não parece haver associação entre o nível socioeconômico e o desenvolvimento da doença.

Dificuldades Diagnósticas

Enquanto as situações graves são facilmente detectadas, episódios menos agressivos podem ser ignorados pelos médicos e pelas pacientes, que os consideram consequência natural do período, o que leva à baixa suspeição da depressão puerperal. A maioria das mulheres tem um período de ajustamento após o parto. Portanto, as primíparas podem não reconhecer se seus primeiros sentimentos e experiências como mãe estão dentro de um padrão normal de comportamento para a fase. Além disso, a paciente com depressão pós-parto frequentemente imagina estar com problema psíquico muito grave, podendo evitar dividir suas angústias com um profissional de saúde, com medo de ser internada e afastada de seu bebê.

Outro fator de complicação é a ausência de vínculo estabelecido com um médico ou com algum serviço de saúde com recursos para ajudá-la. Por último, os próprios médicos podem contribuir para o atraso no diagnóstico da depressão pós-parto, ao procurarem minimizar a angústia que aflige a nova mãe, em um esforço para sentirem-se úteis em seu papel de médicos é reassegurarem a confiança da paciente neles.

Diagnóstico

Depressão pós-parto é uma depressão maior que associa-se de forma temporal com o período após o parto. Conseqüentemente, os critérios diag-

nósticos do DSM-IV para depressão maior (listados na Tabela 1) podem ser aplicados ao de depressão pós-parto.

Tabela 1 – Sintomas de Depressão Maior

Humor deprimido
Falta de prazer ou interesse
Distúrbio do sono (insônia ou hipersonia)*
Perda de peso*
Perda de energia*
Agitação ou letargia
Sentimentos de desvalia ou de culpa sem causa aparente
Concentração diminuída ou dificuldade para tomar decisões*
Pensamentos de morte ou suicídio

*- Sintomas que podem ser confundidos com seqüelas normais do pós-parto.

Para detectar se a presença de um determinado sintoma é sinal de depressão ou é reação normal do puerpério, o médico deve considerar algumas circunstâncias. Os sintomas de exaustão ou irritabilidade da mãe, quando ele tem dois meses de idade não costumam manifestar-se quando o bebê tem quatro meses, fase em que já houve maior adaptação de ambas as partes, que costumam ter noites de sono mais tranqüilas. Diminuição de energia e dificuldade de concentração são freqüentemente resultantes de privação de sono. Entretanto, não se considera normal uma puérpera ter freqüentemente perda do curso do pensamento ou ter dificuldade para tomar decisões associados à diminuição de energia ou dificuldade de concentração. A ideação suicida e a agressividade com o bebê também são referidas pelas pacientes. Adicionalmente, podemos encontrar alterações de ansiedade e obsessão nas mulheres com a doença puerperal.

A determinação de quanto tempo transcorreu desde o parto é importante para a distinção entre depressão pós-parto e as flutuações do humor subclínicas, que ocorrem com certa freqüência durante as primeiras duas semanas após o parto, e que são consideradas experiências normais da fase. Muitas mulheres (26% a 85%) experimentam "baby blues", condição caracterizada por sintomas depressivos leves, choro fácil, sem razão aparente, ansiedade, irritabilidade, labilidade do humor, sensibilidade aumentada e fadiga. Essa condição tem um pico de quatro a cinco dias após o parto, pode durar horas ou dias, resolvendo-se em dez dias de pós-natal. Evidências sugerem que mulheres que têm tal experiência têm risco aumentado para desenvolver depressão pós-parto posteriormente, especialmente se os sintomas do

“baby blues” são graves. Entre as mulheres que apresentaram sintomas compatíveis para critério de depressão pós-parto, após seis semanas do nascimento, dois terços haviam tido “baby blues” anteriormente. Da mesma forma, mulheres que apresentam sintomas de euforia leve e aumento de energia nos primeiros dias de pós-parto apresentam maior probabilidade de ter depressão vários meses após. Portanto, o estado de humor que varia de forma subclínica em qualquer das direções - euforia ou depressão - após o parto, pode significar necessidade de acompanhamento a longo prazo.

Finalizando, a depressão pós-parto deve ser diferenciada de psicose puerperal, que ocorre em 0,2% das puérperas. A maioria das psicoses do puerpério têm início nos primeiros meses do nascimento, sendo de natureza maníaca. A dificuldade para dormir por várias noites, agitação, humor expansivo ou irritado e resistência a interagir com o lactente são os sinais de alerta precursos do início da psicose puerperal. Quando ilusões ou alucinações estão presentes, freqüentemente envolvem o lactente. A mãe pode ter pensamentos de que o bebê está “possuído pelo demônio” ou que ele pode morrer. Também pode ter alucinações auditivas, em que lhe dizem para matar o filho. Devido ao fato de a paciente apresentar riscos de ferir-se e/ou de ferir o bebê, a psicose pós-parto é emergência médica, sendo a maioria das pacientes internadas em hospital e tratadas com agentes neurolépticos e estabilizadores do humor.

Antes de se estabelecer o diagnóstico definitivo de depressão pós-parto, deve ser excluída a depressão de causa orgânica como doença da tireóide (tireotoxicose e hipotireoidismo), doença de Sheehan e anemia. Pacientes que perdem muito sangue no parto podem queixar-se de fadiga, devido à anemia. Sintomas de humor deprimido, falta de motivação, ganho de peso, ansiedade e fadiga, podem ser devidos à doença da tireóide. Aproximadamente 5% das puérperas tem hipotireoidismo transitório (algumas vezes precedidos de hipertireoidismo) durante o primeiro ano após o parto, e outras podem desenvolver disfunção tireoideana permanente. A paciente com hipertireoidismo apresenta rápida perda de peso, agitação e ataque de pânico.

Uma boa história clínica, somada ao exame físico e exames laboratoriais complementares, quando necessários, auxiliam, em muito, a diminuir o risco de erro diagnóstico.

Rastreamento para Depressão Pós-parto

O rastreamento da depressão pós-parto é justificado ao utilizar um instrumento aceitável, conveniente e padronizado (na língua inglesa)

como a Escala de Edimburgo para a Depressão Pós-natal (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). É uma escala com dez itens, especificamente designada para rastreamento de depressão pós-parto, mostrando sensibilidade e especificidade satisfatórias para o diagnóstico. Cada item é graduado com valores de zero a três, compondo um total de pontuação mínima e máxima para a escala de zero a trinta, respectivamente (Tabela 2). A escala pode ser preenchida pela paciente antes mesmo da consulta, e as mulheres que atingirem o escore limiar passam a ter acompanhamento para a depressão. Em um estudo comparando os métodos rotineiros de diagnóstico com a aplicação da escala, houve incidência de detecção da depressão puerperal significativamente superior com o uso da escala, sugerindo-se mesmo que a escala faça parte da formação da residência do obstetra.

Apesar de não ser muito utilizada, essa escala poderia ser facilmente incluída na avaliação das mulheres durante as internações obstétricas alertando os médicos para as pacientes com sintomas iniciais da doença.

Tabela 2 – Escala de Edimburgo para Depressão Puerperal

Como você está se sentindo? Você teve um bebê recentemente e gostaríamos de saber como você está se sentindo neste momento. Por favor sublinhe a resposta que mais se assemelha ao que você tem sentido nestes últimos 7 dias, não apenas o que você está sentindo hoje. Por favor complete as outras perguntas da mesma maneira. Nos últimos 7 dias:

1-Eu me sinto apta para rir e ver o lado engraçado das coisas: a) Da mesma maneira que sempre consegui; b) Menos do que antes; c) Muito menos do que antes; d) Nunca

2-Eu tenho procurado ver o lado divertido das coisas: a) Como eu sempre fiz; b) Menos do que eu costumava fazer; c) Muito menos do que o usual; d) Dificilmente

3-Eu tenho me culpado desnecessariamente quando as coisas não dão certo: a) Sim, na maior parte do tempo; b) Sim, às vezes; c) Não muito freqüente; d) Nunca

4-Eu tenho me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão justificável: a) Nunca; b) Dificilmente; c) Sim, às vezes; d) Sim, com muita freqüência

5-Eu tenho sentido medo ou pânico sem nenhuma razão justificável: a) Sim, freqüentemente; b) Sim, às vezes; c) Não, não muito; d) Nunca

6-Tenho dificuldade em lidar com as coisas: a) Sim, na maior parte do tempo eu não consigo enfrentá-las; b) Sim, às vezes eu não consigo enfrentá-las; c) Não, na maior parte do tempo eu consigo enfrentá-las; d) Não, eu consigo enfrentá-las como de costume

7-Eu me sinto tão infeliz que tenho dificuldade para dormir: a) Sim, na maior parte do tempo; b) Sim, às vezes; c) Raramente; d) Nunca

8- Eu me sinto triste ou infeliz: a) Sim, na maior parte do tempo; b) Sim, às vezes; c) Raramente; d) Nunca

9-Eu tenho me sentido tão infeliz que começo a chorar: a) Sim, na maior parte do tempo; b) Sim, às vezes; c) Apenas ocasionalmente; d) Nunca

10-O pensamento de causar dano a mim mesma ocorreu: a) Sim, na maior parte do tempo; b) Sim, às vezes; c) Raramente; d) Nunca

Tratamento da Depressão Pós-parto

A depressão do puerpério apresenta-se num *continuum*, podendo apresentar-se com sintomas depressivos leves ou moderados, ou como uma depressão grave com importantes alterações neurovegetativas e declínio acentuado do funcionamento habitual. O tratamento de qualquer paciente deve, portanto, ser guiado pela gravidade do quadro e pelo grau de incapacidade.

O tratamento para a depressão pós-parto baseia-se no instituído para a depressão não puerperal. Pode-se, assim, usar psicoterapia e/ou farmacoterapia.

A psicoterapia como única forma de tratamento é recomendada para as pacientes com depressão de leve à moderada. Essa forma de tratamento não farmacológico pode ser preferível na depressão puerperal, protegendo o lactente da ação dos psicofármacos. Realiza-se psicoterapia de apoio individual ou terapia em grupo. O esclarecimento sobre a natureza e o tratamento da depressão pós-parto para o marido e as pessoas de íntima relação com a paciente é de grande utilidade para o tratamento.

Um estudo demonstrou recentemente que a terapia cognitiva-comportamental breve é tão efetiva quanto a fluoxetina no tratamento da depressão pós-parto, sendo esta terapia especialmente útil nas pacientes relutantes em usar os antidepressivos ou naquelas que apresentam formas leves da doença.

É necessário acrescentar a farmacoterapia com antidepressivos à psicoterapia quando a paciente não responde ao tratamento exclusivo com psicoterapia, quando tem depressão persistente, quando sua depressão é grave ao ponto de ter dificuldades com cuidados consigo mesma e/ou com o lactente, ou ainda, quando tem pensamentos destrutivos em relação a si e/ou ao bebê, o que pode significar ameaça à saúde/vida de ambos. Frequentemente, a depressão puerperal é acompanhada de ansiedade grave e/ou agitação.

A indicação para o uso de antidepressivos é a mesma de outros distúrbios do humor e inclui a presença de sinais neurovegetativos. As mulheres com depressão pós-parto não psicóticas devem ser tratadas por doses e tempo de tratamento descritos para os pacientes com depressão não puerperal. Os episódios não tratados tendem a ficar mais graves, frequentes, e refratários ao tratamento, explicando porque o episódio depressivo deve ser tratado agressivamente com fármacos e com psicoterapia logo no seu início.

Poucos estudos testaram a eficácia das medicações antidepressivas no tratamento da depres-

são pós-parto. A maioria destas pesquisas foram estudos abertos, apesar de mais recentemente terem sido realizados estudos duplo-cegos que evidenciaram a eficácia de alguns antidepressivos.

As mulheres que estiverem amamentando devem ser informadas de que todos os psicotrópicos, incluindo os antidepressivos, são secretados no leite em concentrações variadas. Apesar disso, os estudos atuais não sugerem que uma medicação seja mais segura que a outra, ficando a seleção do antidepressivo baseada primariamente nas respostas prévias e nos possíveis efeitos colaterais. A frequência de complicações graves relacionadas à exposição neonatal de medicações psicotrópicas no leite materno parece ser pequena, entretanto os efeitos à longo prazo no desenvolvimento cerebral não estão disponíveis.

Os antidepressivos tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina e nortriptilina) são os fármacos mais frequentemente usados tanto na depressão puerperal como na não puerperal. Para as pacientes com sintomas de agitação e ansiedade os antidepressivos sedativos, como a imipramina, parecem ser mais adequados, visto que há maior risco dessas pacientes não aderirem ao tratamento e de agredirem o recém-nascido. Caso os sintomas de agitação sejam muito graves pode-se usar pequenas doses de antipsicóticos por curto espaço de tempo. Wisner & Perel (1996) demonstraram tratamento efetivo com nortriptilina e não detectaram a medicação no soro das crianças. Nenhum efeito adverso foi constatado.

Pela freqüente relação com sintomas obsessivos-compulsivos, evidenciando possíveis mecanismos serotoninérgicos, experiências clínicas recentes sugerem o uso dos antidepressivos serotoninérgicos, como a fluoxetina e a sertralina e há dados preliminares que demonstram a eficácia da venlafaxina, da fluvoxamina e da paroxetina no tratamento das mulheres com depressão puerperal. Em todos os esquemas as doses antidepressivas padrão foram efetivas e bem toleradas. Entretanto, os efeitos colaterais (principalmente a agitação) precisam ser rigorosamente controlados. Os inibidores da recaptação da serotonina (fluoxetina) podem ser mais bem tolerados e têm a vantagem de administração de uma dose ao dia. Possíveis efeitos foram relatados em filhos de mulheres que usavam fluoxetina, paroxetina e doxepina que estavam amamentando. Entretanto, por esses trabalhos possuírem muitas confusões, a associação entre as medicações antidepressivas e os efeitos indesejados não está bem estabelecida. Pacientes que faziam uso de fluoxetina durante a gestação e que desejem continuar no período de amamentação devem sub-

meter seus bebês a exames sangüíneos após seis semanas do início do aleitamento para descartar acúmulo da droga no bebê, devido à fluoxetina ter meia-vida elevada.

Outro estudo comparou os recém-nascidos de mulheres tratadas com sertralina que estavam amamentando com os filhos das pacientes que usavam a medicação mas não amamentavam. Este trabalho falhou em detectar qualquer impacto da medicação sobre o desenvolvimento físico, intelectual ou imunológico das crianças, apesar da sertralina ser secretada no leite. Outro grupo estudou os níveis plasmáticos de sertralina e nortsertralina nos filhos de mulheres que utilizavam essas medicações. Os níveis plasmáticos de todas as crianças foram inferiores a 2 ng/ml para ambas as drogas e nenhum efeito adverso foi detectado.

Não é recomendado o uso de inibidores da monoamina oxidase devido ao seu possível efeito hipertensivo.

A paciente deve permanecer usando as doses iniciais por duas semanas, ajustando-se a dose após, se necessário. Em pacientes sem complicações, a melhora clínica pode ser manifestada dentro de seis a oito semanas após o início do tratamento. As pacientes que descompensam, mesmo com o uso de altas doses de antidepressivos, ou que não respondem de maneira adequada ao medicamento, devem ter avaliação psicofarmacológica.

A duração da terapia com antidepressivos é em torno de nove meses a um ano. A sugestão do Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria é que a decisão sobre o uso de medicações antidepressivas em mães que estejam amamentando deve ser individualizado para cada caso. Acredita-se que é importante respeitar o desejo materno de amamentar. As pressões sociais e a culpa resultantes da não amamentação podem se tornar estressores adicionais para as mulheres com depressão pós-parto.

Hormonioterapia

Os níveis plasmáticos de estrogênio declinam para valores pré-foliculares em apenas 48 horas após o parto, bem como os níveis de progesterona. Com o aumento progressivo de evidências sobre o papel do estrogênio nos sistemas neuromoduladores envolvidos nos distúrbios afetivos, alguns investigadores procuraram alternativas terapêuticas por meio da manipulação hormonal com estrogênio transdérmico (17 β -estradiol 200 μ g/dia) ou progesterona. Os dados existentes atualmente não apontam estes hormônios como alternativas eficazes no tratamento da depressão puerperal.

Pacientes com risco

Pacientes com depressão grave ou psicótica devem ser hospitalizadas pelo risco de suicídio e agressão à criança. Nestas pacientes, a eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser considerada por ser alternativa rápida e efetiva.

Profilaxia

Devido a alta recorrência de depressão pós-parto (risco inicial de 1:10 e risco de recorrência de 1:2), a rápida identificação das mulheres que estão em maior risco e o uso de tratamento profilático é essencial para o processo terapêutico desses distúrbios afetivos.

Diversos estudos documentaram a eficácia do tratamento profilático com lítio iniciado antes do parto (com 36 semanas de gestação) ou até nas primeiras 48 horas do pós-parto em mulheres com risco aumentado para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Entretanto, é sugerido o uso de doses menores uma semana antes do parto, pelas alterações hidro-eletrolíticas que pode causar, e deve ser evitado nas pacientes que amamentam, pelo risco de toxicidade neonatal. Os médicos devem estar atentos também para o hipotireoidismo induzido pelo lítio nas pacientes com depressão puerperal, pelo fato de 90% dos pacientes com hipotireoidismo usuárias de lítio serem mulheres e pela associação entre o período pós-parto e essa alteração tireoidiana.

O uso de outros estabilizadores do humor (como o ácido valpróico e a carbamazepina) pode ser mais seguro na lactação, mas precisam ter sua eficácia comprovada.

A possibilidade de tratamento profilático com manipulação hormonal também está sendo investigada. A progesterona (100 mg/dia IM por sete dias, seguido do uso de supositórios do hormônio por dois meses ou até o retorno da menstruação) está sendo administrada às mulheres durante o puerpério, apesar de seu efeito ainda não estar claramente estabelecido. Acredita-se também que a progesterona seja mais útil nos sintomas agitados da depressão, podendo até mesmo exacerbar os sintomas depressivos.

Outros investigadores descreveram o uso profilático de altas doses de estrogênio em pacientes com história prévia de doença grave. Aparentemente, o estrogênio reduziu o risco de recorrência nesse grupo específico de pacientes; no entanto, seu benefício na população em geral permanece desconhecido.

O uso de técnicas psicoterápicas descritas no tratamento da fase aguda também parece ter

efeito benéfico na profilaxia de novos eventos depressivos, entretanto sua eficácia também carece de estudos mais objetivos.

Em resumo, para as pacientes com baixo risco de desenvolverem distúrbio do humor, as condutas expectantes são as mais adequadas. Aquelas com risco aumentado devem ser monitorizadas constantemente e realizadas as medidas terapêuticas apropriadas. Novos estudos precisam ser realizados para melhor caracterização desse subgrupo de mulheres e para maiores informações sobre o melhor tratamento profilático para cada caso.

Considerações Finais

A depressão pós-parto é distúrbio bastante prevalente cujo diagnóstico, muitas vezes, não é suspeitado pelos médicos. Um pré-natal adequado pode auxiliar na detecção dos fatores de risco e constituir importante forma de rastreamento para este tipo de transtorno. Diagnosticada a depressão puerperal, cabe ao médico instituir o tratamento psicoterápico isoladamente ou associado à terapia farmacológica, dependendo do grau de comprometimento da paciente.

O uso de antidepressivos na fase da amamentação parece ser bem tolerado pelo lactente, mesmo havendo a passagem do fármaco e de seus metabólitos para o bebê. Na maioria dos casos, as concentrações plasmáticas dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores da recaptação da serotonina são inferiores aos limites máximos estipulados para o fármaco. Acredita-se que a melhor alternativa terapêutica seja a combinação de medidas farmacológicas e psicoterápicas; entretanto, o diagnóstico imediato dos sintomas depressivos constitui o maior aliado para o tratamento dessa doença.

Leituras Suplementares

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, 4th edition. American Psychiatric Association; 1994.
2. Appleby L, Warner R, Whitton A. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997; 314:932-6.
3. Cohen LS. Postpartum prophylaxis for woman with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1641-5.
4. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician* 1999; 59:2247-54.
5. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1080-2.
6. Gregorie AJP. Transdermal estrogen for treatment of postpartum depression. *Lancet* 1996; 347:930-3.
7. Harris B, Johns S, Fung H, et al. The hormonal environment of post natal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 660-7.
8. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and puerperium. *J Clin. Psychiatry* 1997; 58 (suppl 15) : 26- 32.
9. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 2):34-40.
10. Rohde LA, Busnello E. Postpartum blues syndrome in Brazilian women: an investigation of associated factors. *Revista HCPA*, 1998; 18:42-49.
11. Sichel DA, Cohen LS. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum depression. *Biol Psychiatry* 1995; 38:814-8.
12. Stowe ZN, Casarella J, Landrey J. Sertraline in the treatment of women with postpartum major depression. *Depression* 1995; 3:49-55.
13. Wisner KL. Serum nortriptyline levels in mothers. *Am J Psychiatry* 1991; 149:1234-6.
14. Wisner KL, Perel MSJM. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1132-1137.