



OS EFEITOS DOS PRINCIPAIS PSICOFÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Daniele Dezidério¹; *Dhuani Claro Ferreira*¹; *Laise Espolador*¹; *Larissa Lara*¹; *Ludmila Ruiz*¹; *Sandra Cristina Catelan-Mainardes*²

RESUMO: A depressão pós-parto (DPP) que é reconhecida como um transtorno ocorrido no período puerperal ou gestacional tem como característica uma alteração no comportamento da mãe em relação ao bebê. Considerando então a gravidade dos sintomas e consequência da doença surge a necessidade da utilização de medicamentos os quais normalmente são antidepressivos e que contribuem para a diminuição dos sintomas e estabilização do comportamento da mulher, no entanto é relevante considerar que alguns autores posicionam-se contrários á manipulação de fármacos neste período alegando que deve ocorrer uma vigilância ao uso dos psicotrpicos durante a amamentação devido aos riscos recorrentes á mãe e ao lactante. Desta forma nota-se então que tal pesquisa objetiva verificar a ação dos fármacos antidepressivos no tratamento da DPP, bem como seus efeitos e as consequências que estes medicamentos podem trazer para o funcionamento fisiológico da mulher e trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva que busca o esclarecimento e melhor compreensão do tema abordado através de uma revisão bibliográfica de artigos científicos que abordam o presente assunto, assim a metodologia usada baseia-se em uma pesquisa centrada em artigos que abordam o tema referido buscando uma máxima análise possível das diversas opiniões sobre o assunto. Conclui-se que os danos causados pela doença na vida da mulher e no desenvolvimento do recém-nascido é mais significativo do que as contra- indicações dos psicofármacos, desta forma observa-se através dos estudos realizados o incentivo ao tratamento de forma eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; efeitos; fármacos; pós-parto.

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) classificada como um transtorno ocorrido no período puerperal ou gestacional tem como característica uma alteração no comportamento da mãe em relação ao bebê, apresentando um descaso e em alguns casos até mesmo uma repugnância do filho, ou apresenta cuidados excessivos com o mesmo de forma

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – Paraná.
danideziderio@hotmail.com; dhuani@hotmail.com; larissinhalara@hotmail.com;
ludmilaa_ruiz27@hotmail.com

² Orientadora, Professora Mestra do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR.
catelan@cesumar.br

exagerada e desnecessária. De acordo com Caló (2005), possui também o nome atribuído a um conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, tais como: afastamento do convívio social, perda de interesse nas atividades profissionais, acadêmicas e lúdicas, ausência do prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou auto depreciação, baixa auto-estima, desesperança, apetite e sono alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração.

Considerando a gravidade dos sintomas e consequência da doença surge a necessidade da utilização de medicamentos os quais normalmente são antidepressivos e que contribuem para a diminuição dos sintomas da doença e estabilização do comportamento da mulher, no entanto é relevante considerar que alguns autores posicionam-se contrários á manipulação de fármacos neste período alegando que deve ocorrer uma vigilância ao uso dos psicotrópicos durante a amamentação devido aos riscos recorrentes á mãe e ao lactante, Pheula, (2003).

Afirma-se ainda que para a mãe com DPP, o primeiro mês após o nascimento do bebê pode estar marcado por características psicóticas (ou psicose puerperal), entre as quais se encontram pensamentos delirantes, especialmente ligados ao recém-nascido em associação com graves ataques de choro, sentimentos de culpa, ideação suicida e, ocasionalmente, experiências alucinatórias.

A intervenção farmacológica com antidepressivos deve ser feita de modo pontual diminuindo os riscos e agravantes para mãe, bem como para o bebê.

Sendo assim este presente estudo visa buscar respostas para as varias dúvidas correlacionadas com o assunto, incluindo efeitos dos fármacos para mulheres em período de gestação e de pós-gestação, assim como avaliar os riscos para os bebês. Para tanto busca-se verificar a ação dos fármacos antidepressivos no tratamento da DPP, bem como seus efeitos e as consequências que estes medicamentos podem trazer para o funcionamento fisiológico da mulher., assim como Identificar as ações dos fármacos no sistema biológico da mulher, assim como os efeitos do uso destes medicamentos nas relações sociais, pessoais e profissionais da mulher. Descrever quais os riscos que estes fármacos podem causar ao bebê e ao desenvolvimento do feto, assim como evidenciar quais benefícios essas drogas podem trazer no tratamento da Depressão-pós-parto.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva que busca o esclarecimento e melhor compreensão do tema abordado através de revisão bibliográfica de artigos científicos que abordam o presente assunto. Através desta pesquisa poderá ser verificada a opinião dos autores a cerca do uso de medicamentos no tratamento da depressão pós-parto, seus benefícios e efeitos maléficos, assim como uma comparação entre as opiniões favoráveis e contrárias dos autores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos estudos e artigos enfatizam a problemática da DPP, que contemporaneamente atinge um número expressivo de mulheres transformando suas vidas, acarretando diversas disfunções e prejudicando o desenvolvimento saudável do bebê. Para o tratamento da DPP é indicado o acompanhamento terapêutico e essencialmente a manipulação de medicamentos, em sua maioria antidepressivos, que atuam de forma eficaz atenuando os sintomas da doença, ou tornando-os extintos.

De acordo com Higuti, Cappoci (2003), os medicamentos mais eficazes e utilizados no tratamento da DPP, são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina –ISRS

(fluoxetina, paroxetina, sertralina) e os antidepressivos tricíclicos- ADT (nortriptilina e desipramina). Destaca-se ainda que alguns estudos realizados evidenciam que os medicamentos de primeira escolha são os ISRS, pois os ADT não são bem tolerados pelas puérperas, devidos seus efeitos colaterais, como: sedação, ganho de peso, hipotensão, ortostática e constipação. Outro estudo complementa, ressaltando que os ISRS, são os medicamentos mais escolhidos, pois seus componentes possuem um baixo risco tóxico e apresenta fácil administração.

Ainda segundo os mesmos autores, diante desses medicamentos, a principal preocupação na utilização está relacionada à amamentação. Desta forma recomenda-se que as mulheres que estiverem amamentando devem ser orientadas e informadas pelos profissionais de saúde sobre o fato de que todos os antidepressivos são secretados no leite em concentrações variadas, e não se sabe ao certo qual é a medicação mais segura, embora haja algumas informações que precisam ser confirmadas, é imprescindível que haja todos os cuidados para que os sintomas da doença diminuam ou cessem de fato, sem que traga danos ao bebê.

Higuti (2003), corrobora sobre a importância da manipulação dos medicamento no tratamento da DPP destacando que menos de 1% do fármaco administrado pela mãe é recebido pela criança e mesmo esse valor não produz efeito algum na mesma.

No entanto alguns autores enfatizam os perigos da ingestão dos medicamentos pela mãe devido à amamentação e os perigos acarretados ao bebê. De acordo com Blaya (2005), há certa rejeição ao tratamento da depressão pós-parto com o uso de antidepressivos, visto que, tal psicofarmacolo pode prejudicar o recém-nascido. Dessa forma nenhuma droga foi aprovada pelo *Food and Drug Administration (FDA)* para a administração durante o período de gestação, pois os psicofarmacos atravessam a placenta acarretando uma equiparação dos níveis de concentração sérica materna e fetal. Nota-se ainda que o contato com os psicofarmacos pode expor o feto a três tipos de riscos, são eles: malformações congênitas (MFC), síndromes perinatais e alterações neurocomportamentais de surgimento tardio.

O risco de MFC é muito elevado durante a organogênese (primeiras doze semanas da gestação). O segundo é devido à exposição fetal aos psicofarmacos próximo ou durante o parto, podendo desenvolver intomas de intoxicação ou abstinência no recém-nascido. O terceiro seriam alterações de inteligência de crianças expostas a psicofarmacos *in útero*. (BLAYA, 2005, p.2)

Segundo o mesmo autor, afirma-se ainda que as repercussões da exposição de antidepressivos durante a gestação no desenvolvimento neuropsicomotor é alvo de poucos estudos prospectivos que realizaram uma comparação de crianças suscetíveis a fluoxetina - ISRS, ADT e não expostas durante a gestação. Tais estudos não são capazes de especificar diferença no QI global, desenvolvimento de linguagem e comportamento na primeira infância. Sabe-se ainda que os ADT não tem sido detectados em doses altas no soro de lactentes de mães usando amitriptilina, nortriptilina e clomipramina. Verifica-se também que foram relatados poucos casos de lactentes expostos a esses fármacos, assim como nenhum efeito colateral foi detectado. Pode-se salientar também que na lactação, os ADT, com exceção da doxepina, não tem sido relacionados e associados a efeitos colaterais significativos.

Pheula et al (2003), realizaram estudos baseados na vivência de mulheres que passaram por essas disfunções emocionais na gestação e verificaram que os lactentes dessas mães apresentaram uma significativa diminuição do funcionamento social, emocional e cognitivo aos dois meses de idade devido aos sintomas apresentados pelos quadros maníacos e psicóticos. Com a administração da droga ela é excretada pelo leite

materno e recebida pelo lactante com referências à outros fatores como o tipo de leite, alterações na anatomia da mama e farmacocinética, mas para uma amamentação segura pesquisas mostram que a ingestão da droga seja menor que 10%.

Fatores farmacocinéticos do lactante podem predispor ao acúmulo da droga no corpo. Nos primeiros 15 dias de vida de neonatos a termo há uma baixa capacidade de metabolismo hepático da droga. Aos dois meses de idade, aumenta para seis vezes a capacidade do adulto, com declínio gradual nos três anos seguintes, atingindo os níveis de adultos na puberdade. A capacidade de excreção renal também é diminuída, sendo a taxa de filtração glomerular 40% da do adulto, com risco de acúmulo de metabólitos tóxicos, principalmente se houver exposição prolongada. A barreira hematencefálica também é imatura nessa idade havendo aumento absoluto e relativo da concentração de substâncias lipossolúveis no sistema nervoso central. (Pheula et al, 2003 p.1)

Segundo os mesmos autores, alguns antidepressivos como doxepina e fluoxetina tiveram um alto índice no organismo de alguns bebês colocados sob amostra, apresentando nível de sedação excessiva, depressão respiratória, cólica, irritabilidade, diarreia, vômitos e diminuição do sono apresentando mais raramente crise convulsiva. Tendo então melhora depois da suspensão da droga, pode então ser considerado um efeito colateral do psicotrópico. Apresentando maior risco o Lítio como estabilizador de humor traz ao bebê alguns efeitos indesejados nos primeiros meses de vida, tendo alta concentração no leite materno acarretando em alguns casos em sopro cardíaco congênito, alterações no eletrocardiograma, cianose, hipotonia, letargia, hipotermia e intoxicação. Hipnóticos e ansiolíticos como o diazepam são encontrados em baixa quantidade na urina do lactante, porém alguns casos apresentam letargia, perda de peso e apatia sendo que o eletroencefalograma revelou focos de atividade rápida em regiões frontais compatíveis com efeitos da medicação, a suspensão do medicamento pode causar irritabilidade e distúrbio do sono configurando então uma síndrome de abstinência. Um lactante que apresentou cianose, depressão respiratória, hipotonia e letargia, cuja mãe usou clonazepam no final da gestação e durante a lactação, os sintomas melhoraram dez dia após a retirada da droga.

Destaca ainda que estudos realizados que mostram que os medicamentos de primeira escolha são os ISRSs, pois os ADTs não são bem tolerados pelas puérperas, devidos seus efeitos colaterais, como: sedação, ganho de peso, hipotensão, ortostática e constipação. Outro estudo complementa, ressaltando que os SSRI, são os medicamentos mais escolhidos, pois seus componentes têm um baixo risco tóxico e é de fácil administração. Portanto a principal preocupação na utilização está relacionada á amamentação, assim as mulheres que estiverem amamentando devem ser orientadas pelos profissionais de saúde que todos os antidepressivos são secretados no leite em concentrações variadas, e não se sabe ao certo qual é a medicação mais segura, embora haja algumas informações que precisam ser confirmadas (HIGUTI, CAPPOCI, 2003).

Considera-se a administração de medicamentos de suma importância, entretanto deve-se levar em consideração uma análise de riscos e benefícios que acontecem no aleitamento frente ao uso das drogas, em aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental da criança, considerando antes da ingestão as condições de base do lactante aos padrões de comportamento, sono, alimentação e vigília, tanto a mãe quanto o pediatra deve monitorar essas condutas em relação ao bebê. Desta forma confirma-se ser indispensável a atuação dos medicamentos no tratamento da depressão pós-parto que deve ser acompanhado por profissionais a que compete para que haja uma correta instrução ás mães sobre os benefícios e os eventuais cuidados a serem tomados

4. CONCLUSÃO

A realização da pesquisa bibliográfica, isto é, o estudo sobre a visão de diversos autores possibilitou a compreensão da gravidade que a Depressão pós-parto apresenta tanto para a mãe como ao bebê e seu desenvolvimento, assim como dificulta o estabelecimento de uma boa relação entre ambos. Nota-se então importância do acompanhamento terapêutico à mãe depressiva e essencialmente o tratamento medicamentoso da mesma que deve ser realizado com acompanhamento médico. Evidencia-se também que as contra indicações apresentadas principalmente as referentes aos riscos que o medicamento pode trazer ao bebê através da amamentação devem ser reconsiderados, visto que, através de cuidado e instrução correta é possível conciliar o tratamento com a nutrição do filho que pode ser realizada a partir de alternativas. Salienta-se então que os danos causados pela doença vida da mulher e no desenvolvimento do recém-nascido é mais significativo do que as contra- indicações apresentadas, desta forma observa-se através dos estudos realizados o incentivo ao tratamento de forma eficaz.

REFERÊNCIAS

BLAYA, Carolina; LUCCA, Giancarlo; BISOL, Luíza; ISOLAN, Luciano. Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação. *Psicofármacos: Consulta Rápida*; Porto Alegre, **Artmed**, 2005, p.393 usamos da 1-26.

CALÒ, Fábio Augusto, Depressão: Definição, tratamento e ajuda. **InPA - Instituto de Psicologia Aplicada**. Brasília, 11 jan. 2005.

Higuti, Priscilla de Cássia Lopes: Depressão pós-parto. **Rev Enferm UNISA**. 2003.

PHEULA; Gabriel Ferreira, Uso de psicofármacos na lactação: revisão e proposta de manejo, *Órgão Oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB*, Vol 52, dezembro de 2003.

SHIMODA; Osvaldo, Depressão: O mal do século; **COPYRIGHT**; somos todos um – o seu site de autoconhecimento; 2010.

WANNMACHER, Lenita. Depressão perinatal: balanço entre uso de antidepressivos e riscos no conceito. **ISSN**, vol. 4, nº11, Brasília, 2007