



Perturbações psiquiátricas do pós parto: implicações na amamentação

Cassilda Costa, Constança Hipólito Reis

Serviço de Psiquiatria, Hospital de São João, Porto

Resumo

O período do pós parto é, em regra, um período de alegria e de comemoração. Por outro lado, é também, um período de marcada vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Estas, são mais comuns do que se imagina, e muitos casos são ainda subdiagnosticados. A ausência de diagnóstico e tratamento adequado das perturbações psiquiátricas no pós parto tem implicações não apenas na saúde da mulher, mas também na do bebé e no estabelecimento de uma relação sadia entre os dois, indispensável para o crescimento saudável de uma criança.

São os obstetras, os pediatras e os médicos de medicina geral e familiar, a contactar primariamente com estas mulheres e com os seus bebés, e a estabelecer uma relação terapêutica. O tratamento é por vezes complexo, e associa-se à necessidade de toma de decisões difíceis. Dever-se-á sempre levar em consideração a relação risco/benefício, sendo o bom senso do médico um aliado importante quanto ao estabelecimento terapêutico nestes casos. A consulta entre o pediatra, o obstetra e o psiquiatra é útil e desejável sempre que possível.

A identificação precoce destes quadros e a abordagem conjunta e concertada, permitirá estabelecer um plano de tratamento adequado e individualizado a cada caso, contribuindo para uma melhoria dos cuidados e do prognóstico, quer para a mãe, quer para o seu bebé.

Palavras-Chave: Perturbações psiquiátricas, pós parto, diagnóstico, tratamento, amamentação.

Acta Pediatr Port 2011;42(4):177-81

Postpartum Psychiatric Disorders: Repercussions on Breastfeeding

Abstract

In the majority of cases, the post partum is a period of joy and celebration. However, it's also a period of great vulnerability to the development of psychiatric disorders. They are more common than we imagine and are still being underdiagnosed. The

absence of correct diagnoses and treatment has implications not only on the health of the mother but also on the baby and on their relationship, essential to the healthy development of a child.

The first ones to contact to these women and their babies are the obstetrician, the paediatrician and the general doctors. The treatment is complex and difficult decisions may be necessary. In every decision taken it's important to be aware of the risk and benefit, being the good sense of the medical doctor an important allied. The join approach between obstetrician, paediatrician and psychiatrist is useful and desirable whenever possible.

The early identification and multidisciplinary approach, will allowed the establishment of an individualized therapeutic plan, underlying an improvement of care and prognosis, for the mother and her baby.

Key-words: Psychiatric disorders, post partum, diagnosis, treatment, breastfeeding.

Acta Pediatr Port 2011;42(4):177-81

Introdução

O período do pós parto é considerado como um período de alto risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas para todas as mulheres, e em particular, para aquelas com doença psiquiátrica pré existente. Entre 5% a 20% de todas as mulheres desenvolvem uma perturbação depressiva no pós parto nos primeiros seis meses, e entre 0,1% a 0,2% uma psicose pós parto. Em mulheres com doença bipolar, o risco de descompensação no pós parto tem sido estimado entre 40 a 70%.^{1,2}

As perturbações psiquiátricas associadas ao período do pós parto têm sido incluídas nos sistemas de classificação internacionais. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão) inclui-as no capítulo das perturbações do comportamento associadas a perturbações fisiológicas e factores físicos (F50-F59) e abrange qualquer perturbação com início até à sexta semana após o parto. Podem ainda ser classificadas como doenças mentais ou doenças do sistema nervoso central que compliquem o puerpério (O99.3).³ No DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o especificador

Recebido: 30.07.2009

Aceite: 03.10.2011

Correspondência:

Cassilda Costa
Praça Almeida Garrett, n°282, 6º FQ
4490-436 A-ver-o-Mar, Póvoa de Varzim
cassildacosta123@sapo.pt

“com início no pós parto” foi incluído no capítulo das perturbações do humor e utiliza-se para caracterizar qualquer episódio que tenha início até à quarta semana após o parto, sendo usado também para especificar as perturbações psicóticas breves.⁴

Sob o ponto de vista de apresentação sintomatológica, as perturbações mentais que ocorrem no pós parto, tanto psicóticas como depressivas e da ansiedade, não se diferenciam daquelas que não ocorrem no período pós parto.¹

São caracteristicamente classificadas como: tristeza do pós parto ou *maternity blues*, depressão pós parto e psicose pós parto.

Maternity Blues

A “tristeza do pós parto”, ou *maternity blues*, é considerada a mais leve e frequente das alterações do humor do pós parto, ocorrendo em 26% a 85% das mulheres, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados.^{1,2}

Tem sido definida por alguns autores como uma síndrome de hipersensibilidade emocional da mulher. Habitualmente manifesta-se nos primeiros dias após o nascimento do bebé, atingindo um pico no quarto ou quinto dia após o parto e desaparecendo por volta do décimo dia. São frequentemente descritos episódios de choro, apesar de nem sempre estarem associados a humor depressivo. A labilidade emocional, com alternância de sentimentos de alegria, irritabilidade e tristeza ao longo de um mesmo dia, é também frequente bem como os sintomas de ansiedade e alterações cognitivas, como as dificuldades de atenção, concentração e memorização. Os sintomas de elação do humor podem ser intensos, próximos de um quadro hipomaniaco. Estes sintomas poderão estar relacionados com as alterações hormonais que ocorrem neste período, provavelmente como resposta anormal às variações normais das hormonas da tiróide, do eixo hipotalamo-pituitário-adrenal e da cascata serotoninérgica.¹

Em regra, estes quadros, não necessitam de intervenção farmacológica, sendo a abordagem feita no sentido de manter o suporte emocional, a compreensão e o auxílio à mãe nos cuidados ao bebé.²

A maior parte das situações resolve entre o décimo segundo e o décimo quinto dia sem deixar sequelas, no entanto, em cerca de 20% dos casos, pode evoluir para um quadro de depressão pós parto. A persistência dos sintomas poderá ser um indício do início de uma perturbação do humor mais grave, pelo que a identificação de factores de risco associados, como a presença de antecedentes de disforia durante a gravidez, a existência de episódios depressivos anteriores, neuroticismo e depressão pré menstrual, podem auxiliar o diagnóstico de modo a ser efectuado o mais precocemente possível, minimizando o impacto na mãe, no bebé e no meio familiar.^{1,2}

Depressão Pós Parto

A ocorrência de depressão no pós parto tem sido estimada entre 10% a 15% em países desenvolvidos ocidentais. Apesar de a maioria dos casos resolver espontaneamente em três a seis meses, o tratamento deverá ser preconizado de modo a abreviar o sofrimento materno e a minimizar o impacto familiar.¹

Em 50% dos casos a depressão pós parto tem início na primeira semana após o parto, no entanto, em cerca de 80% dos casos o diagnóstico é apenas efectuado entre o terceiro e o nono mês após o parto.⁵ O risco estimado de recaída no pós parto, em mulheres com antecedentes de depressão major, é de aproximadamente 25%.⁶

Como factores de risco, têm sido identificados, idade inferior a 16 anos, antecedentes de perturbação psiquiátrica, gravidez não planeada, situação de perda ou luto, conflitos conjugais, companheiro abandonado, ser solteira ou divorciada, estar desempregada e apresentar fraco suporte social. Antecedentes de diagnóstico de perturbação disfórica pré-menstrual, presença de sintomas depressivos no segundo ou quarto dia do pós parto e história de sensibilidade aumentada ao uso de anti-conceptivos orais têm sido identificados como factores de vulnerabilidade a perturbações do humor no pós parto.²

A etiologia da depressão puerperal ainda não está completamente estabelecida, mas acredita-se que, além dos factores de risco identificados, factores hormonais e hereditários também possam estar envolvidos. Durante a gravidez, os níveis de estrogénio e de progesterona são superiores aos encontrados nas mulheres fora do período gestacional podendo ser este, o factor envolvido nas alterações do humor que ocorrem nesta fase.²

A perturbação depressiva no pós parto apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão noutro momento de vida da mulher, com especificidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. A presença de sentimentos negativos, de desinteresse pelo bebé e de culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes, resultando no desenvolvimento insatisfatório da interacção mãe-bebé. O afastamento ou separação da criança, pela necessidade de que seja cuidada por outrem, pode dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos afectivos e fortalecer a sensação de inadequação materna.¹

Algumas particularidades clínicas têm sido descritas na depressão pós parto. Apresenta com frequência, curso fluctuante, maior instabilidade do humor e sintomas intensos de ansiedade, incluindo ataques de pânico. Estudos efectuados sobre pensamentos obsessivos em mulheres deprimidas têm identificado mais pensamentos de agressividade contra os filhos em mulheres com depressão pós parto comparativamente com mulheres deprimidas fora do período pós parto, independentemente da gravidade do quadro.^{1,2}

Sintomas neurovegetativos, como insónia e perda de apetite, são também frequentemente descritos. No entanto, alguns sintomas somáticos podem ser confundidos com situações normais deste período. Assim, sintomas como hipersónia, aumento do apetite, fadigabilidade fácil, diminuição do desejo sexual e queixas de dor e desconforto em diferentes sistemas são de pouca utilidade para o diagnóstico de depressão nesta fase.

Psicose Pós Parto

Os quadros de psicose pós parto ocorrem raramente (estima-se um caso em quinhentos a mil nascimentos) e têm início nos primeiros dias após o parto. Podem apresentar-se como episódios depressivos ou maníacos com sintomas psicóticos, recorrentes ou não, e como episódios psicóticos transitórios. Têm,

habitualmente, início abrupto, verificando-se que em dois terços das mulheres com psicose puerperal, o início da sintomatologia ocorre nas primeiras duas semanas após o parto.^{1,2}

O quadro clínico pode englobar labilidade emocional, despersonalização, confusão mental, desorientação, agitação, comportamento bizarro, alterações graves do sono, actividade delirante e alucinatória e estado confusional que parece ser peculiar nestes casos. Não está estabelecida nenhuma apresentação típica, no entanto, estas mulheres costumam apresentar comportamentos desorganizados e actividade delirante que envolve os seus filhos, com pensamentos de agressão à criança. Apesar de o suicídio ser raro no período puerperal, a sua incidência em doentes com perturbações psicóticas neste período é alta, sendo necessário muitas vezes o internamento hospitalar. Sintomas depressivos, mais do que maníacos, têm sido associados aos quadros em que ocorrem suicídio ou infanticídio. O risco de infanticídio nestes casos é elevado e está geralmente associado a actividade alucinatória auditivo verbal de comando, com referência na literatura à ocorrência de um infanticídio por cada cinquenta mil casos de psicose pós parto.^{1,2}

Têm sido identificados como factores de risco para psicose no pós parto a existência de antecedentes de manifestações de perturbações de humor, nomeadamente, depressão, bem como, a presença de sintomas depressivos na gravidez e antecedentes familiares de perturbações do humor e da ansiedade. Os dados da literatura têm sido consistentes em identificar risco aumentado de psicose puerperal em mulheres com perturbação afectiva bipolar (260/1000) quando comparadas com mulheres saudáveis que apresentam um a dois casos de psicose pós parto em cada mil puerperas. O risco de recorrência de psicose a cada parto subsequente tem sido estimado entre 30% a 50%. A perturbação bipolar é das perturbações psiquiátricas que melhor tem sido associada a psicose pós parto. Alguns investigadores defendem que a psicose pós-parto é uma variante da perturbação bipolar, sugerindo que a psicose pós parto possa ser uma forma de apresentação da perturbação bipolar.^{1,2,7}

Outros factores de risco psicossociais evidenciados, incluem, eventos adversos durante a gravidez e o parto, ausência de suporte social e/ou familiar, relacionamento conjugal deficiente ou tempestuoso, ausência de parceiro, gravidez indesejada, relacionamento parental conturbado na infância, dificuldades no desempenho de papeis maternos por falta de experiência prévia ou por experiências interpessoais negativas com a própria mãe, instabilidade financeira ou ocupacional, entre outros.¹

Tratamento

A primeira linha de tratamento das perturbações do humor no pós parto é a prevenção. Intervenções antes do parto e no pós parto imediato, reduzem o número de mulheres em risco de desenvolverem perturbações do humor neste período.

Nos estudos efectuados em relação ao uso de técnicas de tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico, tratamentos hormonais e electroconvulsivoterapia, no tratamento das perturbações psiquiátricas no pós parto, as intervenções psicossociais e hormonais têm-se mostrado pouco eficientes. No entanto, resultados de estudos focados sobre a psicoterapia

interpessoal, estratégias cognitivas comportamentais e intervenções farmacológicas têm-se mostrado eficazes.²

Psicoterapia

De entre as abordagens psicoterápicas estudadas na redução da sintomatologia em mulheres no pós parto, verificaram-se duas modalidades como mais efectivas: a psicoterapia interpessoal, que foca o seu trabalho nos sintomas depressivos da doente e no seu relacionamento com o mundo, e a terapia cognitivo comportamental que tem como objectivo ajudar a doente a solucionar os seus comportamentos e cognições disfuncionais através da aprendizagem e da reestruturação cognitiva. No caso de mulheres que apresentam depressão pós parto, é extremamente comum apresentarem pensamentos e sentimentos relacionados a questões referentes aos cuidados do bebé e à sua situação actual. A actuação da terapia cognitiva comportamental visa avaliar e reestruturar tais cognições que se reflectem no seu comportamento.²

Tratamento Psicofarmacológico

A literatura tem sido consistente em constatar que as mulheres em tratamento farmacológico de doenças crónicas (epilepsia) iniciam a amamentação menos frequentemente do que as mulheres da população em geral, e quando a iniciam, interrompem a amamentação mais precocemente.

As directrizes existentes referem que a interrupção da amamentação durante o uso de medicamentos só deverá justificar-se quando o fármaco em questão for contra-indicado nesse período. Mas, geralmente, são descritos outros factores utilizados para a interrupção da amamentação na vigência do uso de medicamentos pela mãe. De entre os mais frequentemente enumerados destaca-se: o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema, as informações não identificadas em bulas de medicamentos, a escassez de informações na literatura sobre a segurança do fármaco na amamentação e o receio materno de usar medicamentos neste período.

Os estudos existentes que procuram determinar a segurança dos medicamentos para uso durante a amamentação são realizados com pequenas séries de casos ou relatos de casos individuais, dificultando a generalização dos resultados. Com o que se sabe actualmente sobre os riscos para o recém-nascido da exposição aos psicofármacos através do leite materno, médicos e doentes, frequentemente optam pela suspensão da amamentação. A boa prática diz-nos que esta decisão deve ser sempre efectuada após avaliação em termos de risco benefício (diminuição da autoestima, autoconfiança materna, prejuízo potencial para a díade mãe-filho). Felizmente, dados sobre o uso de psicotrópicos em mulheres que amamentam estão a aumentar a confiança na sua prescrição.⁸ A decisão de instituir terapêutica com psicofármacos à mulher que está a amamentar deverá ser discutida com a mesma, com o companheiro e com o pediatra (para facilitar a monitorização de toxicidade no recém-nascido).

A passagem dos psicofármacos para o leite materno depende de vários factores, nomeadamente, o peso molecular, a lipossolubilidade, a capacidade de ligação às proteínas, o grau de ionização, a semi-vida de eliminação, a biodisponibilidade e a concentração plasmática materna. Quase todos os psicofármacos são excretados no leite materno, pois são moléculas

pequenas e lipossolúveis. A quantidade do fármaco que passa, via leite, para o bebé é usualmente pequena (10% do nível plasmático materno), podendo a exposição do bebé ser minimizada. Os psicofármacos são mais concentrados no leite sete a dez horas após a toma materna, pelo que, desperdiçando-se essa porção minimiza-se a exposição.⁹

Hale (2002) desenvolveu um sistema de graus de segurança de fármacos durante a amamentação. Os de nível um (L1) são os mais seguros, enquanto os de nível cinco (L5) estão contraindicados. Os níveis dois (L2), três (L3) e quatro (L4) são considerados, respectivamente, seguros, moderadamente seguros e possivelmente perigosos.¹⁰

Antidepressivos

Actualmente muitos antidepressivos estão a ser estudados em relação ao seu uso durante a amamentação, tendo os SSRIs (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) sido identificados como aqueles encontrados em menor concentração no leite materno.

Os SSRIs são excretados no leite materno em quantidades mínimas e são considerados seguros durante a amamentação. A maioria dos estudos relatam concentrações inferiores a 10% da dose terapêutica materna em crianças amamentadas por mães medicadas com fluoxetina, não tendo esta quantidade sido associada a efeitos adversos.^{2,11} Porém, existem estudos que encontraram doses séricas elevadas, alertando para o potencial teórico de acumulação do fármaco, atendendo à sua semi-vida longa. Neste estudo, foram relatados efeitos colaterais como cólica, irritabilidade, diarreia, vômitos e diminuição do sono.¹¹

De entre os SSRIs, a sertralina e a paroxetina parecem ser as melhores alternativas na amamentação.² Em relação à sertralina, os achados indicam níveis muito baixos desta e do seu metabólito, a desmetilsertralina, no sangue do lactente. Nenhum efeito adverso na criança foi relatado, sendo as evidências actuais favoráveis ao uso de sertralina, devido à sua baixa concentração no leite materno. Os horários de amamentação podem ainda, ser adaptados para minimizar a exposição do lactente ao fármaco. O uso de citalopram na amamentação foi avaliado num estudo prospectivo em que não foram evidenciadas complicações. A concentração do metabólito do citalopram foi duas a três vezes superior no leite materno, mas a concentração plasmática no lactente foi muito baixa ou indetectável.¹²

Têm também sido considerados seguros (de baixo risco) a sulpirida, a maioria dos tricíclicos, o triptofano e a moclebemida. Os tricíclicos não têm sido detectados em doses altas no soro de lactentes de mães que usam amitriptilina, nortriptilina e clomipramina. Poucos casos foram relatados de lactentes expostos a estes fármacos, mas nenhum efeito colateral foi detectado. Em relação aos novos antidepressivos ainda existem poucos estudos para que possam ser utilizados com segurança.²

Estabilizadores de Humor

Quanto ao uso de lítio durante a amamentação, a maioria dos médicos segue as recomendações da “*American Academy of Pediatrics Committee on Drugs*” que contra-indica a amamentação. Esta postura é decorrente da diminuição do *clearance* renal até ao quinto mês de idade e ao facto de cerca de 40% da concentração sérica do lítio materno passar para o leite. A amamentação

em vigência do uso de lítio pode facilitar disfunção da tiróide, cianose, flacidez e alterações no electrocardiograma do bebé.^{12,13}

Não existem evidências de que a carbamazepina cause malefício durante a amamentação, apesar de passar para o leite materno em baixa dose. Estão descritos dois relatos de caso onde os lactentes desenvolveram hepatite colestática, hiperbilirrubinémia e aumento da gama glutamiltranspeptidase. Estas alterações foram transitórias e cessaram com a interrupção da amamentação. Acompanhada de monitorização do lactente, a carbamazepina pode ser considerada um anticonvulsivante de escolha para uso durante a amamentação. O uso de valproato de sódio durante a amamentação é também permitido pela “*American Academy of Pediatrics*”. É excretado em baixa concentração no leite materno e não parece causar prejuízo ao bebé.^{12,13}

Não existe literatura suficiente e bem definida sobre a exposição dos lactentes à gabapentina e ao topiramato, o que preconiza cuidados sobre a sua utilização durante a amamentação.

Benzodiazepinas

Os estudos com benzodiazepinas na amamentação são escassos. Para evitar os riscos potenciais, devem ser utilizadas, aquelas com registos de segurança mais consistentes e longos, devendo ser prescritas em monoterapia, na dose efectiva mais baixa e pela mínima duração possível. O seu uso durante a amamentação pode conduzir a apneia, cianose, hipotonia e depressão do sistema nervoso central.

Antipsicóticos

Poucos relatos de caso estão disponíveis para assegurar o uso de antipsicóticos pela mãe enquanto amamenta. Há relatos de casos com o uso de clorpromazina na amamentação que encontraram baixos níveis no leite, estando descritos casos de letargia, sugerindo-se a monitorização dos efeitos colaterais em lactentes expostos.

Existem, também, poucos estudos sobre o uso do haloperidol na amamentação e sobre a sua excreção no leite materno. Há relatos de caso em que as crianças não tiveram efeitos adversos.¹⁴

Os antipsicóticos de última geração têm ainda poucos estudos, não devendo ser utilizados pela mãe que está a amamentar. A clozapina está presente em altas concentrações no leite materno devido às suas propriedades lipofílicas. A amamentação deverá ser desencorajada durante o seu uso, estando associada a sedação, dificuldades de sucção, irritabilidade, convulsões e instabilidade cardiovascular. O uso da olanzapina e da risperidona deve, também, ser desencorajada durante a amamentação. Em relação à quetiapina não existem dados suficientes sobre o seu uso neste período.^{2,15}

Regras Gerais de Uso de Psicofármacos na Amamentação:

- Avaliar a necessidade da farmacoterapia. A consulta entre o pediatra, o obstetra e o psiquiatra é muito útil e desejável sempre que possível. O fármaco prescrito deve ter um benefício reconhecido para a condição para o qual está indicado.

- Dever-se-à preferir um fármaco já estudado, seguro para a criança e pouco excretado no leite materno.
- Evitar fármacos de acção prolongada pela maior dificuldade de excreção pelo lactente.
- Programar o horário de administração do fármaco à mãe de modo a evitar que o pico do medicamento no sangue e no leite materno coincida com o horário de amamentação. Em geral, a exposição da criança ao fármaco pode ser diminuída, prescrevendo-o para a mãe imediatamente antes ou logo após a mamada. Outra opção é administrar o medicamento antes do maior período de sono da criança.
- Escolher medicamentos que alcancem níveis mínimos no leite. A sertralina e a paroxetina possuem níveis bem mais baixos do que a fluoxetina.
- Sempre que possível, dosear o fármaco na corrente sanguínea do lactente se houver risco para a criança, como nos tratamentos maternos prolongados.
- Preferir a monoterapia, evitando associações.
- Orientar a mãe para observar a criança em relação aos possíveis efeitos colaterais, tais como alterações do padrão alimentar, hábitos do sono, agitação, tonus muscular, perturbações gastrointestinais.

Conclusão

As perturbações psiquiátricas no pós parto são comuns e frequentemente subdiagnosticadas. Têm impacto não apenas na saúde da mãe, mas também na saúde do bebé. Costumam acometer doentes com antecedentes de perturbação psiquiátrica, logo, uma boa medida de prevenção é o diagnóstico precoce e o tratamento adequado destes episódios. Elas são tratáveis, devendo ser reduzido o sofrimento das doentes e minimizado o impacto sobre o bebé e os outros membros da família.

Face à dinâmica do conhecimento e do surgimento de novos fármacos, as informações necessitam ser actualizadas constantemente para proporcionar maior segurança ao psiquiatra, obstetra e pediatra. Existe uma necessidade urgente para uma maior investigação nesta área de modo a fornecer informação em relação ao uso dos psicofármacos na amamentação. Apesar dos estudos recentes documentarem a relativa segurança destes fármacos, mantêm-se níveis elevados de ansiedade entre doentes e médicos em relação à sua segurança em mulheres que amamentam. O conhecimento farmacológico permitirá ao profissional

propiciar um tratamento adequado à mãe, além de contribuir para a manutenção da amamentação permitindo compatibilizar o tratamento farmacológico com a amamentação.

Referências

1. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clín* 2006; 33: 43-54.
2. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro C S, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín* 2006; 33: 92-102.
3. Organização Mundial da Saúde. *CID-10, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10*. Editora Artmed.
4. American Psychiatric Association. *DSM-IV – TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição*, Texto Revisto, Climepsi Editora.
5. Suri R, Burt VK. The Assessment and Treatment of Postpartum Psychiatric Disorders. *J Prac Psychiatry Behav Health* 1997; 3: 67-77.
6. Hendrick V, Altshuler L. Management of Major Depression During Pregnancy. *Am J Psychiatry* 2002; 159:10: 1667-73.
7. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1641-5.
8. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 1998; 59 Suppl 2:34-40.
9. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. *Rev Paul Pediatr* 2007; 25: 276-88.
10. Winans EA. Antipsychotics and Breastfeeding. *J Hum Lact* 2001; 17:344-7.
11. Einarson A., Selby P, Koren G. Abrupt discontinuation of psychotropic drugs during pregnancy: fear of teratogenic risk and impact of counselling. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26: 44– 8.
12. American Academy of Pediatrics. The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. *Pediatrics* 2001; 108:776-89.
13. Iqbal MM, Sohhan T, Mahmud SZ. The effects of lithium, valproic acid and carbamazepine during pregnancy and lactation. *Clin Toxicol* 2001; 39: 381-392.
14. Patton SW, Misri S, Corral MR, Penny KF, Kuan AJ. Antipsychotic medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: evaluating the risk. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 959-65.
15. Ernst CL, Goldberg JF. The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad-spectrum psychotropics. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 Suppl 4:42-55.