



Teodora Ferigollo Leal

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO PARA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SANTA MARIA - RS**

Santa Maria, RS
2020

Teodora Ferigollo Leal

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO PARA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SANTA MARIA - RS**

Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito para aprovação na disciplina de TFG II.

Orientadora: Me. Cassia dos Santos Wippel

Santa Maria, RS
2020

Teodora Ferigollo Leal

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO PARA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SANTA MARIA - RS**

Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado
ao Curso de Medicina, Área da Saúde, da
Universidade Franciscana – UFN, como requisito
para aprovação na disciplina de TFG II.

Aprovado em: ____ / ____ / 2020

Me. Cassia dos Santos Wippel (UFN)
(Orientadora)

Dr. Felipe Sales de Salles
(Banca)

Dra. Natiele Gomes
(Banca)

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO PARA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SANTA MARIA - RS**

AUTORA: Teodora Ferigollo Leal

ORIENTADORA: Ms. Cassia dos Santos Wippel

RESUMO: O puerpério é um período delicado contemplado por um conjunto de modificações físicas e psíquicas na vida da mulher. Dentre os transtornos psiquiátricos do período pós-parto, a depressão é destacada por sua alta prevalência. É um transtorno que, apesar de tratável, pode ocasionar prejuízos à mãe e também ao vínculo com seu filho. Múltiplos fatores de risco são associados com essa patologia e os sintomas variam de leves a graves. Esse protocolo foi realizado com o intuito de facilitar e auxiliar a identificação das pacientes em risco de desenvolver depressão perinatal, diagnosticá-las corretamente e oferecer o manejo adequado. Desse modo, trata-se de uma sugestão para a prática clínica nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria - RS.

Palavras chave: Depressão pós-parto. Depressão puerperal. Baby blues. Atenção primária à saúde.

**ASSISTANCE PROTOCOL OF IDENTIFICATION AND MANAGEMENT FOR
POSTPARTUM DEPRESSION IN PRIMARY HEALTH CARE IN MUNICIPALITY
OF SANTA MARIA – RS**

AUTHOR: Teodora Ferigollo Leal

ADVISOR: Ms. Cassia dos Santos Wippel

ABSTRACT: The puerperium is a delicate period encompassed by a set of physical and psychological changes in the woman's life. Among the psychiatric disorders in the postpartum period, depression is highlighted by its high prevalence. It is a disorder that, although treatable, can damage the mother and also the bond with her child. Multiple risk factors are associated with this condition and its symptoms may vary from mild to severe. This protocol was carried out with the aim of facilitating and assisting in the identification and diagnosis of patients at risk for the development of perinatal depression and offering adequate management as well. Thus, it is a suggestion for clinical practice in the Basic Health Units of Santa Maria - RS.

Keywords: Postpartum depression. Postpartum depression. Baby blues. Primary health care.

LISTA DE ABREVEATURAS

Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Código Internacional de Doenças (10º edição) – CID-10

Depressão pós-parto – DPP

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EDPE

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO

Inibidores da Recaptação da Noradrenalina e Serotonina – IRNSs

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRSs

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5º edição) – DSM V

Transtorno Bipolar - TB

Unidade Básica de Saúde – UBS

U.S Food & Drug Administration - FDA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 JUSTIFICATIVA.....	6
1.2 OBJETIVOS	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	7
3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10).....	10
4. DIAGNÓSTICO	10
4.1 Questionário:.....	11
4.2 Avaliação da Gravidade	12
4.3 Diagnóstico diferencial	12
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	13
5.1 Critérios de Inclusão	13
5.2 Critérios de Exclusão	13
6. TRATAMENTO	13
6.1 Psicoterapia:.....	14
6.2 Tratamento Farmacológico:	14
6.2.1 Efeitos Adversos	15
6.2.1 Fármacos e Amamentação	15
6.3 Eletroconvulsoterapia:.....	16
7. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO	16
8. CONCLUSÃO:	17
9. FLUXOGRAMA	18

1. INTRODUÇÃO

O puerpério é um período delicado contemplado por um conjunto de modificações físicas e psíquicas na vida da mulher (ABUCHAIM, et. al, 2016). Ao tornar-se mãe, adaptações naturalmente ocorrem em diversos aspectos da sua vida, porém a pressão associada às novas funções assumidas pode acarretar em demanda psicológica individual excessiva (CARVALHEIRA et.al, 2018). Assim, os períodos gravídico e puerperal merecem ser avaliados cuidadosamente por agruparem inúmeras alterações capazes de interferir diretamente na saúde mental da mulher (BONADIO et.al, 2017).

Dentre os transtornos psiquiátricos do período pós-parto, a depressão é destacada por sua alta prevalência. Nos países desenvolvidos, varia entre 13 a 19%. Já estudos no Brasil mostram índices maiores, ficando entre 7,2% e 39,4% nas cidades de Recife e Vitória, respectivamente (ABUCHAIM et. al, 2016).

A depressão puerperal é definida como uma desordem mental que pode ter seu início no periparto ou após o parto, e acarreta em sofrimento materno e funcionamento reduzido. É um transtorno tratável que pode ocasionar prejuízos à mãe e ao vínculo com seu filho. Dessa forma, o diagnóstico pode ser feito a partir de 4 semanas até 12 semanas subsequentes ao parto. No entanto, a sintomatologia pode iniciar antes desse período (STEWART; VIGOD, 2016).

O quadro clínico é semelhante ao transtorno depressivo maior, visto que a depressão puerperal é uma variante dessa patologia. Assim, o quadro inicial pode ser apresentado, mais sutilmente, quando a mãe queixa-se de sintomas ansiosos e distúrbios do sono. Posteriormente, iniciam a anedonia e humor deprimido que compõem os sintomas clássicos. Todavia, esse diagnóstico é dificultado pela existência de um quadro denominado “baby blues” que ocorre de 2 a 3 semanas após o parto, cujos sintomas depressivos assemelham-se à depressão puerperal e, portanto, os diagnósticos podem ser confundidos. O blues puerperal é fisiológico e tende à resolução espontânea, porém é um fator de risco para o desenvolvimento de um episódio depressivo maior após o parto (BOTEGA, 2012; DSM-5, APA, 2013; STEWART; VIGOD, 2016).

As escalas de rastreio são essenciais para uma triagem eficaz e segura. Atualmente, a EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) é a mais utilizada no mundo, sendo composta

por dez itens que fazem uma avaliação de sintomas depressivos e relacionados nos últimos sete dias (LUDERMIR, 2015). A EPDS foi validada no Brasil por Santos et. al (1999).

Tendo em vista o frequente subdiagnóstico da doença, bem como, o alto risco de recidiva apresentado pelas mulheres que desenvolveram depressão pós-parto - em gestações posteriores ou episódios depressivos isoladamente e fora do período citado – recomenda-se a triagem pela Escala de Edimburgo a partir do primeiro mês após o parto. Uma vez que, por se tratar de um período importante na vida das mulheres, as estratégias de rastreamento são fundamentais para um melhor manejo dos impactos dessa patologia (MORAES, et. al, 2016).

Diante do exposto, da prevalência da depressão puerperal e do frequente subdiagnóstico da doença, este protocolo foi elaborado com o intuito de auxiliar na identificação das mulheres em risco de desenvolver a depressão pós-parto, bem como diagnosticá-las e proporcionar o tratamento necessário.

1.1 JUSTIFICATIVA

A depressão puerperal relaciona-se à morbidade tanto materna quanto infantil, já que pode interferir na amamentação e no vínculo entre a mãe e o bebê, ocasionando prejuízos ao seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, contribui para conflitos familiares e conjugais e sendo, ainda, uma causa importante de suicídio (DUDEK et al., 2016).

Considerando que a depressão pós-parto é uma doença prevalente e subdiagnosticada, este protocolo foi realizado com o intuito de facilitar e auxiliar a identificação das pacientes em risco de desenvolver depressão perinatal, diagnosticá-las corretamente e oferecer o manejo adequado, os quais são essenciais para um atendimento humanizado e de cuidado integral da mulher.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Esse trabalho tem por finalidade a elaboração de um protocolo cujo objetivo é orientar o diagnóstico e manejo da depressão pós parto entre as puérperas de Santa Maria atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município.

1.2.2 Objetivos Específicos

Sugerir um questionário como rotina na consulta puerperal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A depressão pós parto é um dos desfechos mais recorrentes e incapacitantes do puerpério (STEWART; VIGOD, 2019). Essa patologia é caracterizada por um amplo espectro de sintomas. As pacientes podem apresentar ansiedade, anedonia, irritabilidade, humor deprimido, problemas relacionados ao sono, preocupação excessiva com a saúde do filho e em casos mais graves, ideais suicidas e preocupações de causar dano ao bebê (STEWART; VIGOD, 2016). Nos quadros que persistem sintomas à longo prazo, pode ocorrer influência ao bem-estar da família como um todo (CONSTANZA et.al 2015). Mulheres que apresentaram depressão puerperal alguma vez possuem 70% de risco do episódio se repetir, e se a mesma for associada ao quadro de baby blues, a chance cresce para 85% (HARTMANN et.al, 2017).

Nas duas primeiras semanas após o parto, as pacientes podem apresentar uma alteração transitória do humor, chamada de *baby blues* ou tristeza pós parto. Essa entidade é caracterizada por labilidade no humor, disforia, confusão, choro, tristeza que, ao persistirem além da primeira quinzena após o nascimento, é indicada uma análise para DPP. A etiopatogenia do baby blues é relacionada à rápida mudança no nível hormonal, ao estresse de dar à luz e à mudança de identidade em que a mulher se depara, a qual acarretará em maiores responsabilidades (KAPLAN et al, 2016).

O maior foco após o parto é o recém-nascido, sendo este um momento que a mãe prioriza a saúde do seu filho. Assim, para ela é difícil assumir a carga emocional em que se apresenta, seja pela vergonha, pelo medo da crítica, ou por deslocar sua saúde mental para segundo plano. Desse modo, esses fatores citados parecem estar correlacionados com o frequente subdiagnóstico da depressão pós-parto, assim como os sintomas físicos que podem mascarar a doença, como o cansaço, instabilidade emocional e alterações do sono ou apetite (CONSTANZA et.al, 2015).

As mulheres possuem chance duas vezes maior para apresentar depressão do que os homens durante a vida. Isso é enfatizado ainda no ciclo gravídico-puerperal, devido às modificações físicas, emocionais, hormonais e de quando se veem responsáveis pelo cuidado de seus filhos (HARTMANN et. al, 2017). Desordens na relação entre a mãe e o bebê acarretam em consequências para ambos. A presença da mãe que sofre com a depressão pós-parto poderá afetar o vínculo com seu filho, interferindo diretamente no desenvolvimento do

mesmo e no bem-estar materno. (MORAIS et.al, 2017). De acordo com Stewart et. al (2016) algumas consequências para a criança são os riscos de prejuízo emocional, bem como interferências no seu desenvolvimento social e intelectual e, mais raramente, podem resultar em infanticídio.

Múltiplos fatores de risco podem ser correlacionados com a depressão materna pós-natal e implicam em maior predisposição ao seu desenvolvimento. Dentre eles, episódio depressivo pregresso, coexistência de outros transtornos mentais, labilidade emocional, dificuldades conjugais, financeiras e carência de apoio social (LUDERMIR et al., 2015). Sintomas de humor e ansiedade que ocorreram durante a gestação também são fatores predisponentes (DSM-5, APA, 2013).

Um estudo realizado no município de Rio Grande no Rio Grande do Sul com 2.687 puérperas no ano de 2013 mostrou que a prevalência de sintomas depressivos foi de 14%, sendo usado EPDS ≥ 10 . De acordo com a análise realizada, o planejamento da gestação foi um fator de proteção para essas puérperas, assim como o apoio da equipe de saúde, maior escolaridade e idade maior que 25 anos. Fatores de risco foram a baixa renda, multiparidade, depressão na família ou durante a gestação. Nesta última, o risco é 3 vezes maior em mulheres com sintomas depressivos no último trimestre. Assim, foi perceptível que o apoio à mulher pela equipe de saúde e pelos participantes de seu convívio social na gestação, parto e puerpério, foram importantes fatores na redução do risco para depressão pós-parto. O que se deve, também, às ações do parto humanizado, enfatizando sua importância (HARTMANN, 2017).

Conforme o Ministério da Saúde, a consulta puerperal deve ser realizada até 42 dias após o parto, sendo o primeiro atendimento idealmente entre 7 a 10 dias após o nascimento. Nessa consulta serão abordadas as alterações fisiológicas do puerpério, será realizada avaliação clínico-ginecológica da mulher, abordagem do recém nascido e coleta de informações acerca da rede de apoio da paciente. Além disso, o profissional deve efetuar a abordagem dos aspectos emocionais do puerpério com o propósito de minimizar o subdiagnóstico da depressão puerperal e identificar sinais e sintomas que necessitem maior atenção. Também, prestar apoio à puérpera nesse processo de transição, dando atenção ao vínculo materno-infantil, mudanças corporais e planejamento da reestruturação da vida pessoal e familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A consulta puerperal após o parto e, até mesmo, as consultas pediátricas posteriores são momentos de oportunidade para que o profissional da saúde possa avaliar sinais clínicos que necessitem uma abordagem mais aprofundada. As mães deprimidas podem sentir culpa devido ao seu estado emocional, não conseguindo expor claramente os seus sintomas. Uma possível abordagem é avaliar se a mãe possui percepções negativas do comportamento e temperamento da criança, bem como a forma com que ela lida com essas dificuldades impostas (PEARLSTEIN et. al, 2009). As mães com DPP podem estimar seus bebês como difíceis ou problemáticos e podem ter sensação de fracasso na tentativa de cumprir suas funções (BOTTEGA, 2012). Além disso, a busca por consultas frequentes, dificuldades em iniciar ou manter a amamentação, dificuldades na criação do vínculo entre a mãe e o bebê (interação negativa, afastamento, hostilidade) também são sinais que corroboram a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do estado mental materno (PEARLSTEIN et. al, 2009).

O diagnóstico da DPP é baseado nas recomendações da American Psychiatric Association na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5, APA, 2013), que determina a depressão pós-parto como um episódio depressivo maior com início no periparto cujos sintomas devem ter iniciado durante a gravidez ou nas 4 semanas subsequentes ao parto. Para os casos de dúvida e para fins de rastreamento (cujo prazo ideal é entre 2 à 6 semanas após o parto), a ferramenta mais utilizada é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (FEBRASGO, 2020).

Uma metanálise conduzida por Cantilino et.al (2017) concluiu que uma padronização dos instrumentos e parâmetros para realização do diagnóstico é imperativa no que se refere à depressão pós-parto. O estudo conclui que a EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) é a ferramenta mais amplamente utilizada para a triagem de DPP (68% da amostra), e que o ponto de corte selecionado varia conforme a finalidade do autor. Assim, pontos de corte menores coletam o maior número de casos no local aplicado. Enquanto que, se o objetivo for montar uma amostra próxima do diagnóstico completo, o ponto de corte deve ser maior, o que aumenta a especificidade da escala. Assim, a EPDS é direcionada para filtrar de forma mais efetiva os possíveis casos de depressão pós-parto, concentrando-se em características cognitivas e afetivas ao invés de analisar apenas sintomas físicos (CANTILINO et.al, 2017).

3. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

F53.0 Transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério não classificados em outra parte. *Depressão: pós-parto SOE; puerperal SOE.*

F53.1 Transtornos mentais e comportamentais graves associados ao puerpério não classificados em outra parte. *Psicose puerperal SOE.*

F53.8 Outros transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério não classificados em outra parte.

F53.9 Transtorno mental e comportamental associado ao puerpério, não especificado.

4. DIAGNÓSTICO

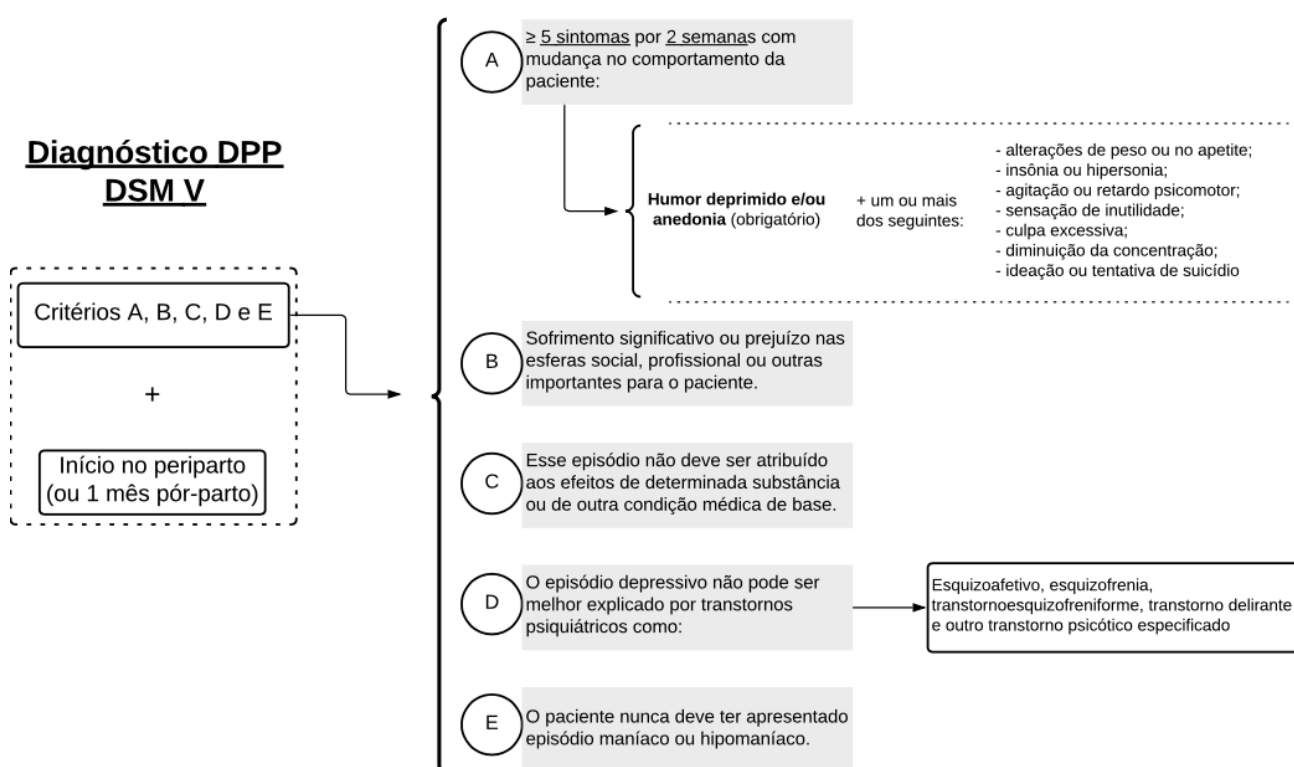
Neste protocolo, a abordagem diagnóstica da depressão pós-parto será realizada com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V.

O primeiro critério a ser preenchido baseia-se na presença de ao menos 5 sintomas durante o período de duas semanas e devem demonstrar uma mudança em relação ao comportamento anterior da paciente. Assim, deve ocorrer a presença de humor deprimido ou anedonia, obrigatoriamente, além de outros dos seguintes: humor deprimido; perda de interesse ou prazer nas suas atividades diárias, alterações no apetite (aumento ou diminuição) ou perda ou ganho de peso não intencionais; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; sensação de inutilidade, culpa excessiva; diminuição da concentração, capacidade de pensar ou indecisão; pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida sem plano específico ou tentativa de suicídio ou presença de plano para realiza-lo. Esses sintomas, quando presentes, devem ocorrer durante quase todos os dias e na maior parte do dia.

O segundo critério compreende o sofrimento significativo ou presença de prejuízo no funcionamento das esferas social, profissional ou em áreas consideradas importantes para o paciente. O critério C contempla que esse episódio não deve ser atribuído aos efeitos de uso de determinada substância ou por outra condição médica de base. Além disso, o episódio depressivo não pode ser melhor explicado por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia,

transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante e outro transtorno psicótico especificado ou outro transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado (critério D). E, por fim, o paciente nunca deve ter apresentado episódio maníaco ou hipomaníaco (critério E).

Dessa forma, ao preencher os critérios A, B, C, D e E supracitados e tendo o início dos sintomas de humor durante a gravidez ou das quatro semanas seguintes até o primeiro ano após o parto utiliza-se o especificador “com início no periparto”. Desse modo, é firmado o diagnóstico para depressão pós-parto.



4.1 Questionário:

Para fins de rastreamento ou nos casos de dúvida diagnóstica, há recomendação do uso da EDPE - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Anexo A), na qual um resultado maior ou igual a 12 indica probabilidade de depressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Assim, esse protocolo sugere o uso dessa escala como rotina nas consultas puerperais das UBS de Santa Maria.

4.2 Avaliação da Gravidade

De acordo com o DSM-V, pode-se classificar o episódio em leve na presença de dois sintomas. Moderado, se há a presença de três sintomas. Moderado-grave se quatro a cinco sintomas ou grave se quatro ou cinco sintomas e agitação motora.

4.3 Diagnóstico diferencial

Um dos principais diagnósticos diferenciais na suspeita de depressão pós-parto é o baby blues, também chamado de “tristeza pós-parto”, o qual é um quadro fisiológico mais leve e que pode dificultar o diagnóstico de depressão devido sobreposição dos sintomas. É válido salientar que esse quadro tende a durar até 2 semanas após o parto, porém alguns casos podem progredir para DPP. Assim, o diagnóstico diferencial é feito através da persistência do quadro, a qual é característica da depressão (STEWART; VIGOD, 2019).

A importância do diagnóstico diferencial com transtorno bipolar se deve, principalmente, pelo maior risco de desenvolvimento de psicose puerperal. Esta, tem prevalência de 0,1 a 0,2% e possui um início abrupto, normalmente até a primeira quinzena pós-parto. Deve ser investigada história de complicações obstétricas, transtornos psiquiátricos na família e primiparidade. Dentre a sintomatologia, pode ocorrer confusão mental, alterações de memória, desorientação no espaço-tempo, confusão oniroide, rebaixamento do nível de consciência e estado de perplexidade. O infanticídio é a consequência mais temida, tendo em vista que um grande percentual de mulheres com psicose puerperal apresentam ideais infanticidas, principalmente naquelas que possuem pensamentos delirantes envolvendo o bebê. Assim, na suspeita de psicose puerperal, sempre deve-se investigar a presença desses sinais, assim como negligência em relação aos cuidados da criança (BOTTEGA, 2012; CANTILINO, 2009)

É imprescindível coletar informações acerca de depressão, psicose ou transtorno bipolar na história pessoal pregressa e familiar da paciente. Tendo em vista que o puerpério é um período de alto risco para desenvolvimento de transtorno bipolar, o médico atendente deve estar atento a sinais e sintomas de mania ou hipomania. O diagnóstico diferencial da DPP com o TB é importante pois o tratamento com antidepressivos em uma paciente com transtorno bipolar pode ocasionar um episódio maníaco-psicótico e, ainda, aumentar as chances de suicídio (FEBRASGO, 2020).

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.1 Critérios de Inclusão

Pacientes atendidas em Unidades Básicas de Saúde no período puerperal que tenham clínica sugestiva de depressão pós-parto ou pacientes em que a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo teve resultado maior/igual a 12.

5.2 Critérios de Exclusão

Pacientes que se recusam a responder o questionário ou que não tenham capacidade de responder as perguntas.

6. TRATAMENTO

Com o manejo adequado, a maioria dos casos de depressão perinatal são resolvidos em poucos meses. No entanto, a DPP não tratada pode tornar-se recorrente e resultar em uma série de desfechos negativos para a mãe, filho, parceiro e demais membros da família. Mães deprimidas tendem a ter dificuldades para amamentar e possuem propensão a negligenciar a própria saúde e a da criança (STEWART; VIGOD, 2019). Para o bebê, há risco de ocorrer deficiência no apego com a mãe e aumento do risco de prejuízos no desenvolvimento social, emocional, cognitivo e da linguagem (STEWART; VIGOD, 2019; BRAND; BRENNAN, 2009).

Há dois pilares principais para o tratamento da depressão pós-parto: a psicoterapia e a farmacoterapia. A farmacoterapia é reservada para os casos moderados a graves, enquanto que a psicoterapia é indicada isoladamente nos quadros leves ou associada a medicação nos demais. Não obstante, o tratamento deve ser individualizado e todas as intervenções devem ser explicadas para a paciente, buscando sua autonomia e adesão ao manejo proposto (STEWART; VIGOD, 2019).

A psicoterapia é normalmente preferida pelas mães que estão amamentando, no entanto, nos casos graves esse é um tratamento com menor eficácia do que o uso de fármacos. Nos casos de decisão compartilhada em realizar o tratamento farmacológico, cabe ao clínico trazer segurança quanto aos benefícios do aleitamento materno e os desfechos negativos da DPP não tratada, tendo em vista o manejo com um fármaco comprovadamente seguro (PEARLSTEIN et al, 2009).

6.1 Psicoterapia:

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Terapia Interpessoal (TIP) são indicados nos casos leves a moderados como modalidade única ou são associadas aos fármacos nos casos de DPP moderada a grave (FEBRASGO, 2020).

Em Santa Maria, os serviços de atenção psicossocial disponíveis são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Policlínica Central José Erasmo Crossetti, o Acolhe Saúde e a Policlínica Nossa Senhora do Rosário (Secretaria do Município da Saúde, 2021). Sendo assim, o médico atendente da UBS deverá encaminhar a paciente para esses locais, tendo em vista que, na maioria das vezes, a unidade básica de saúde não possui serviço de atenção psicossocial.

6.2 Tratamento Farmacológico:

Nos casos de DPP grave ou de pouca resposta ao tratamento psicoterápico somente, é possível recorrer ao tratamento farmacológico. Atualmente, as medicações de primeira linha para essa patologia são os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) (STEWART; VIGOD, 2019). Uma revisão sistemática conduzida por Molyneaux et. al (2014) identificou três estudos randomizados avaliando o uso de antidepressivos para a depressão puerperal; ao comparar a resposta ao tratamento e a taxa de remissão da doença, concluiu que essas taxas foram superiores no grupo que usou ISRS em relação ao grupo de placebo (MOLYNEAUX et. al, 2014).

Os Inibidores da Recaptação da Noradrenalina e Serotonina (IRNSs) e os antidepressivos tricíclicos são considerados a segunda linha nos casos refratários ou quando a paciente já fazia seu uso anteriormente; essas medicações, assim como os ISRS possuem passagem mínima para o leite materno conforme dados recentes, no entanto, há menos estudos sobre eles e mais efeitos adversos (FEBRASGO, 2020; STEWART; VIGOD, 2019).

Nos casos de mães que estão amamentando ou não, na Atenção Primária à Saúde, a recomendação do Ministério da Saúde é a Sertralina 50mg/dia como primeira escolha quando a mulher iniciará uma terapia farmacológica - devido à menor gravidade e recorrência dos efeitos adversos e ao baixo risco de overdose. No entanto, se a paciente já vinha utilizando um outro ISRS não é recomendado realizar a troca, visto que há chances de recaída. Todos os ISRS apesar de detectáveis no leite materno, têm uma menor dosagem sérica no bebê, sendo medicações com poucos efeitos adversos para o lactente, e que, tendo em vista os benefícios da amamentação, estes se sobrepõem à eventuais preocupações acerca da exposição aos ISRS.

Porém, é importante individualizar os casos, principalmente em gestações de risco, bebês prematuros ou que possuem alguma condição clínica (FEBRASGO, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 2019 o FDA aprovou o uso da Brexanolona IV como primeiro tratamento específico para depressão pós-parto. Dois ensaios clínicos controlados por placebo foram realizados, nos quais as pacientes receberam em infusão contínua de 60 horas da droga ou placebo e foram acompanhadas por um mês. Concluíram, nos dois estudos, que a Brexanolona foi superior ao placebo e as pacientes obtiveram melhora dos sintomas já após a primeira infusão e melhora da DPP no final do acompanhamento de um mês (FDA, 2019). No entanto, ainda não há disponibilidade dessa droga no Brasil até o término desse protocolo.

6.2.1 Efeitos Adversos

Os Inibidores da Recaptação de Serotonina (ISRSs) possuem efeitos adversos comuns entre os fármacos da classe, no entanto cada um possui particularidades em relação à intensidade dos efeitos colaterais e, também, de acordo com cada paciente. Náusea e agitação leves ocorrem geralmente no início do tratamento, assim como a perda de peso que atinge seu nadir em 20 semanas de uso e, depois, normalmente ocorre retorno ao peso inicial. Além disso, todos os fármacos da classe causam disfunção sexual (anorgasmia e diminuição da libido principalmente), sendo este o efeito colateral mais comum. Ainda, fazem inibição do citocromo P-450, podendo interferir na metabolização de outros fármacos. A Sertralina e a Fluvoxamina causam sintomas gastrintestinais como diarreia, anorexia, vômito, flatulência e dispepsia geralmente com maior frequência que os demais ISRSs. A síndrome serotoninérgica pode ocorrer na administração conjunta de ISRSs com IMAO, lítio ou L-triptofano. Alterações cutâneas como erupções, acne e alopecia também podem ocorrer (KAPLAN, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

6.2.1 Fármacos e Amamentação

De acordo com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) a exposição do bebê em aleitamento aos antidepressivos é aproximadamente cinco vezes menor do que a exposição intrauterina. Não existe droga antidepressiva que não possua riscos na amamentação, no entanto, a Sertralina é o fármaco com menor Dose Infantil Relativa (DIR), sendo 0,5-3%. A amamentação é permitida quando o fármaco possui $DIR < 10\%$. Dentro desse parâmetro também encontram-se os demais ISRSs (Paroxetina, Fluoxetina, Citalopram,

Escitalopram), a Mirtazapina e Nortriptilina, os quais são considerados compatíveis com o aleitamento materno; no entanto, os que possuem mais estudos e menores riscos são os ISRS. (FEBRASGO, 2020). Apesar disso, de acordo com autores como BOTTEGA et. al (2012), deve-se preferir a Sertralina, Paroxetina ou Fluvoxamina por possuírem menor excreção no leite materno e, ainda, deve-se evitar a Fluoxetina.

Ao iniciar o fármaco em mulheres que estão amamentando usa-se primeiramente uma dose baixa e aumenta-se conforme a resposta do bebê em relação aos efeitos adversos - os quais, à curto prazo, são irritabilidade, sedação, baixo ganho de peso ou mudança nos padrões alimentares (PEARLSTEIN et. al, 2017). Em relação aos efeitos a longo prazo, os estudos ainda são escassos. Os efeitos variam caso o fármaco fosse utilizado desde o pré-natal (FEBRASGO, 2020).

6.3 Eletroconvulsoterapia:

Esse método é reservado para pacientes com depressão pós-parto grave, como naquelas que apresentam sintomas de cunho psicótico ou suicídio. Essa não é a opção ideal de tratamento por ser um método invasivo que necessita intervenção anestésica (STEWART; VIGOD, 2019).

7. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

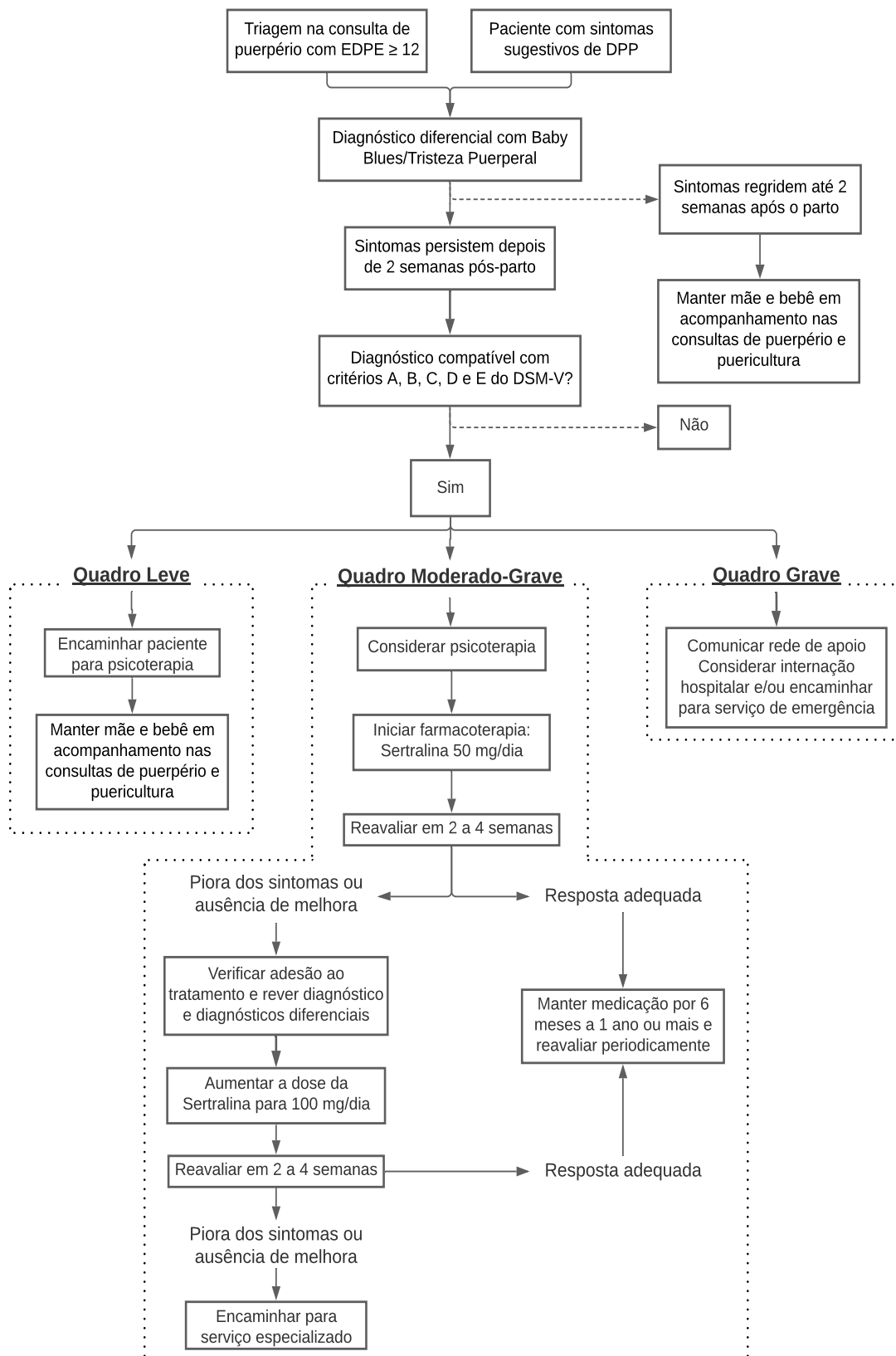
Todos as pacientes deverão ser reavaliadas em duas semanas após início da terapia medicamentosa devido ao aumento do risco de suicídio ao iniciar uma medicação antidepressiva. Do mesmo modo que as pacientes que fizeram uso de AD durante a gestação deverão manter acompanhamento médico durante o puerpério, pois a sintomatologia depressiva pode amplificar nesse período, devendo o clínico reajustar a dose da terapia conforme necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O tempo de duração do tratamento deve ser continuado por seis meses a um ano, de forma que se evitem recorrências, permanecendo um tempo de farmacoterapia mais longo para os casos graves. Para descontinuar o uso de um antidepressivo como os ISRS, a dose deverá ser reduzida gradualmente até a interrupção completa (STEWART; VIGOD, 2019).

8. CONCLUSÃO

Conclui-se que diante do frequente subdiagnóstico da depressão pós-parto e das implicações que essa patologia traz para a díade mãe-bebê quando não tratada, é perceptível a necessidade da identificação, diagnóstico e manejo precoces da DPP. Assim, a sugestão do uso desse protocolo tem por finalidade facilitar a rotina do clínico na unidade básica de saúde, bem como de salientar a importância da saúde mental como uma das bases na linha de cuidado integral da mulher.

9. FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, E.S.V et.al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.29 n.6. Nov./Dez. 2016

ARBABISARJOU, A. et. al. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum. **Period Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**. Iran, v. 49, p.127-136. January, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. 5.ed.

BONADIO, I.C et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.30 n.1. Jan./Fev. 2017.

BOTTEGA, N.J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3.ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2012.

CANTILINO, et. al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. **Trends Psychiatry Psychotherapy**. Porto Alegre, v.39 n.1. Jan./Mar. 2017.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev Psiq Clín**. 2010;37(6):278-84. Outubro, 2009.

CARVALHEIRA, A.P.P et. al. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.31 n.4. Julho/Agosto 2018.

CONSTANZA B.M.; SALDIVIA S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. **Revista Médica de Chile**. Concepción, v. 143, p. 887-894, Abril de 2015.

DUDEK, J. et al. Postpartum depression: bipolar or unipolar? Analysis of 434 Polish postpartum women. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Krakow, Poland, v. 39, p. 154-159. December, 2016.

FEBRASGO. Depressão Pós-parto. São Paulo: **Febrasgo**; 2020. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, no 3/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

HARTMANN, J.M et. al. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.33 n.9. Outubro, 2017.

KAPLAN P., Sadock, B; Sadock,V; **Compêndio de Psiquiatria**. 11a edição. Artmed, 2016

LUDERMIR, A.B. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**. Pernambuco, v. 49, n.33, p.1-9. Outubro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, Brasília, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ> Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, Brasília, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMQ==> Acesso em: 10 dez. 2020.

MOLYNEAUX, E. et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. **Cochrane Database Syst Rev** 2014;9.

MORAES, G.P.A et al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. Pernambuco, v. 39, n.1, p. 54-61. August 2016.

MORAIS, A. et. al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.33 n. 6. Julho, 2017.

PEARLSTEIN, D. T. et al. Postpartum depression. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. Philadelphia v. 200, n. 4, p.357–364. April, 2009.

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviços de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-servicos-de-atencao-psicossocial>

SANTOS M.F.S., Martins F.C., Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev Psiquiatr Clin.** Brasil, 26(2):90-5. 1999

STEWART, D.E.; VIGOD, S. Postpartum Depression. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 375, n. 22, p. 2177-2186, December 2016.

STEWART, D. E ; VIGOD, S.N. Postpartum Depression: pathophysiology, treatment and Emerging Therapeutics. **Annual Review of Medicine.** v. 70, p. 183-96. January, 2019. Toronto.

U.S FOOD & DRUG ADMINISTRATION - FDA. **FDA approves first treatment for postpartum depression.** March, 2019.

APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

Nome: _____

Data: __/__/__

Idade do bebê: _____

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

Nos últimos 7 dias:

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- () Como eu sempre fiz
- () Não tanto quanto antes
- () Sem dúvida, menos que antes
- () De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

- () Como eu sempre fiz
- () Não tanto quanto antes
- () Sem dúvida, menos que antes
- () De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

- () Sim, na maioria das vezes
- () Sim, algumas vezes
- () Não muitas vezes
- () Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- () Não, de maneira alguma
- () Pouquíssimas vezes
- () Sim, algumas vezes
- () Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

EDPE – Orientações para cotação

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 10 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EDPE foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.