

Depressão perinatal, no Chile: avanços e desafios

- ▷ O Chile fez progressos na triagem e tratamento da depressão pós-parto.
- ▷ Barreiras como crenças negativas, medo e vergonha impedem mulheres de ter acesso aos serviços.
- ▷ O Chile deve agir para enfrentar essas barreiras, melhorar processos e expandir pesquisa.

Matías Irarrázaval
Diretor de Saúde Mental
no Ministério da Saúde
em Santiago, Chile

A depressão perinatal é definida como uma depressão que ocorre entre o início da gravidez e o período de pós-parto. É um problema de saúde pública significativo que afeta mães, filhos e todos os membros da família, mas tende a passar despercebido em termos de diagnóstico e tratamento (Committee on Obstetric Practice, 2015; O'Connor et al., 2019). Estudos chilenos mostram que cerca de 10% das mulheres grávidas sofrem de depressão durante a gravidez, comparado a 13% das mulheres em pesquisas internacionais. No entanto, este número pode aumentar para uma em cada três mulheres se os sintomas de ansiedade também forem considerados (Jadresic, 2010).

A depressão perinatal é um distúrbio comum e incapacitante que ocorre durante ou após a gravidez. A depressão pós-parto (DPP) é a forma mais conhecida de depressão perinatal. Estudos no Chile relataram uma incidência entre 8,8% e 9,2%, sendo que em 20,5% das mulheres a doença prevalece ao longo da vida toda - isso significa que cerca de uma em cada cinco mães terá DPP após dar à luz. Existe uma relação inversa com ambientes socioeconômicos: mulheres com uma renda menor têm cerca de três vezes mais risco de sofrer PDD (Mendoza Bermúdez e Saldivia, 2015).

A depressão perinatal pode oferecer consequências duradouras e até permanente para a saúde física e mental na relação mãe-filho. Tais consequências podem contribuir para uma disfunção familiar, aumentar as chances de negligência e abuso da criança, atrasar o desenvolvimento infantil, causar complicações obstétricas, dificultar a amamentação e trazer ainda mais despesas com a saúde. A DPP pode interferir na interação e no vínculo entre uma mãe e seu filho. No longo prazo, a criança pode apresentar problemas de desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social (Earls et al., 2010). A depressão pós parto também pode afetar o relacionamento do casal e desencadear fatores de risco para a depressão paterna (Misri, 2018).

É crucial diagnosticar a depressão perinatal em um tempo hábil, pois é uma doença que responde bem aos tratamentos e isso pode ajudar a evitar consequências mais graves (Jin, 2019).

Diagnóstico e tratamento da DPP no Chile

Desde 2000, o Chile conta com um Programa Nacional de Detecção, Diagnóstico e Tratamento Integral da Depressão (Ministério da Saúde, 2009). Em 2006, a lei chilena passou a incluir episódios depressivos na lista de serviços nos quais o atendimento rápido de saúde é garantido pela GES (Garantías Explícitas en Salud), sistema que disponibiliza assistência pública a todos os que não possuam um seguro privado de saúde (Escobar e Bitrán, 2014).

Isso significa que, com o diagnóstico confirmado, todos os beneficiários de 15 anos de idade ou mais terão acesso ao tratamento de um especialista em 30 dias com coparticipação de no máximo de 20% (cerca de U\$ 75 por ano) (Superintendência de Salud, conectados).

“Os fatores que estimulam as mães a solicitarem ajuda incluem: já ter sofrido anteriormente um quadro depressivo e ter se submetido a um tratamento, acreditar que deve cuidar da sua saúde para proporcionar bem-estar ao seu filho e ter a consciência da sensação do sofrimento psíquico.”

Em 2009 foi institucionalizado o programa ‘Chile Crece Contigo’ (‘Chile Cresce com Você’, CCC), com o objetivo de criar políticas públicas intersetoriais para promover o desenvolvimento integral da criança.

O programa envolve tanto o atendimento universal quanto o atendimento especializado nos casos de maior vulnerabilidade na gravidez, no parto e na infância até os 9 anos de idade. O CCC atende por meio do sistema público de saúde e as crianças são cadastradas no sistema desde o primeiro exame de pré-natal.

Por meio do CCC, centros especializados na atenção primária realizam avaliações psicossociais em mulheres grávidas e puérperas usando uma escala que mede nove fatores de risco, incluindo sintomas de depressão (Cordero e López, 2010). As equipes de saúde utilizam um manual desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MINSAL) para acompanhar as mulheres durante os exames de gravidez, na hora do parto e cuidados com os recém-nascidos (Ministério da Saúde, 2008). O manual inclui um fluxograma para o diagnóstico e tratamento da DPP e utiliza a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para avaliar as mães durante seus exames de rotina no segundo e no sexto mês após o nascimento do bebê, (Ministério da Saúde, 2009; Alvarado et al., 2015).

Gestantes que apresentam um quadro de depressão confirmado recebem uma chamada domiciliar que busca avaliar possíveis riscos de suicídio, estimular o tratamento psicológico e/ou farmacológico e orientá-las sobre a psicologia da depressão pós-parto e as opções de tratamento da doença (Ministério da Saúde, 2009).

A triagem para DPP possui alta cobertura e boa aceitação. No entanto, estudos mostram que isso não pode ser traduzido, necessariamente, em um fator que influencie na iniciação do tratamento, uma vez que as mulheres enfrentam múltiplas barreiras para buscar ajuda e ter acesso aos serviços (Rojas et al., 2015). Dificuldade em aceitar problemas psicológicos como uma doença, falta de uma rede de apoio e o medo de ser vista como “louca” são alguns exemplos de barreiras enfrentadas pelas mães.

Muitas vezes as barreiras estão associadas a crenças negativas sobre depressão, maternidade e atendimento psicológico - por exemplo: a crença de que a depressão pode ser superada com força de vontade; problemas de saúde mental e violência intrafamiliar; medo de serem rejeitadas por suas famílias ou que o bebê seja tirado delas; vergonha em aceitar sentimento de rejeição em relação a seu filho. Fatores contextuais socioculturais também podem contribuir para criar este estigma.

Por outro lado, os fatores que estimulam as mães a solicitarem ajuda incluem: já ter sofrido anteriormente um quadro depressivo e ter se submetido a um tratamento, acreditar que devem cuidar da sua saúde para proporcionar bem-estar ao seu filho e a consciência de da sensação de sofrimento psíquico.

Alguns fatores são específicos para a prática médica. Por exemplo, é mais provável que buscar ajuda se sentirem confiança nos funcionários do centro de saúde e tiverem uma experiência positiva sobre os cuidados que receberam lá; se o horário de funcionamento do centro de saúde for conveniente; e se sentirem apoiadas ao receber o diagnóstico de DPP. Outros fatores estão relacionados às redes de apoio da mulher: o apoio de entes queridos, feedback de outras pessoas sobre seu humor e um incentivo de uma pessoa próxima da família (como uma mãe ou irmã) para que elas busquem ajuda.

Desafios da DPP para o Chile

Apesar dos avanços nos últimos anos, o Chile enfrenta três desafios principais para melhorar o diagnóstico e o tratamento da depressão perinatal.

A equipe de saúde educa mães e faz a triagem da depressão pós-parto no Hospital Iquique, Chile



Cortesia do hospital de Iquique, Chile.

Em primeiro lugar, é importante desenvolver estratégias para prevenir e diminuir as barreiras de acesso ao tratamento.

Isso pode incluir:

- Promover e ampliar estratégias para intervenção precoce em crianças com mães que sofrem de DPP
- Melhorar a conexão entre a triagem positiva das mães com DPP, encaminhamento para confirmação diagnóstica e acompanhamento
- Aperfeiçoar a proposta do programa de depressão da GES, enfatizando o tratamento psicoterapêutico baseado em evidências
- Melhorar a educação psicológica das mães e de suas famílias, a fim de combater o estigma social existente e informá-las sobre diferentes tratamentos
- Promover estratégias intersetoriais que envolvam grupos de mães que já retornaram ao mercado de trabalho para ajudar a estimular práticas de trabalho favoráveis à maternidade e também incentivar exames oportunos de DPP.

Em segundo lugar, é necessário melhorar o diagnóstico dos sintomas, incluindo a educação as pessoas sobre a DPP e a necessidade de diagnosticar a doença cedo para um tratamento mais eficaz, além de um treinamento contínuo das equipes de saúde.

Finalmente, as pesquisas domésticas sobre DPP precisam de mais investimentos para poderem trazer mais conhecimento e informação. As áreas de pesquisa mais específicas incluem tópicos para a investigação, cuidado e acompanhamento de mães adolescentes, incluindo a validação de instrumentos para detectar a doença nessa faixa etária; melhorias no uso de sistemas de registro para criar ações mais responsivas de acordo com cada situação.

O Chile é líder regional em diagnóstico e acesso universal ao tratamento da depressão perinatal, e suas conquistas merecem ser destacadas. No entanto, são necessárias melhorias nos processos e acesso ao tratamento de mulheres com DPP, a fim de melhorar sua recuperação e qualidade de vida, em benefício das mães e da próxima geração.

→ [Encontre este artigo online em earlychildhoodmatters.online/2020-7](https://www.earlychildhoodmatters.online/2020-7)

REFERÊNCIAS

- Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V. and Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Archives of Women's Mental Health* 18(4): 607–12.
- Committee on Obstetric Practice. (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology* 25(5): 1268–71.
- Cordero, M. and López, C. (eds). (2010). *Pauta de Riesgo Psicosocial. Evaluación psicosocial abreviada*. Santiago: Chile Crece Contigo. Disponível em: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/12/Nota- Metodologica-EPsA_2010.pdf (acesso em junho 2020).
- Earls, M.F. and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 126(5): 1032–9.
- Escobar, L. and Bitrán, R. (2014). Chile: Las Garantías Explícitas de Salud. In: Guidion, U., Bitrán, R. and Tristao, I. (eds) *Planes de beneficios en salud de América Latina*. Washington DC: Interamerican Development Bank.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria* 48(4): 269–78.
- Jin, J. (2019). Counseling interventions to prevent perinatal depression. *Journal of the American Medical Association* 321(6): 620.
- Mendoza Bermúdez, C. and Saldívar, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile* 143(7): 887–94.
- Ministry of Health. (2008). *Manual of Personalised Reproductive Process Care*. Santiago: MINSAL.
- Ministry of Health. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: MINSAL.
- Misri, S.K. (2018). *Paternal Postnatal Psychiatric Illnesses: A clinical case book*. Vancouver: Springer.
- O'Connor, E., Senger, C.A., Henninger, M.L., Coppola, E. and Gaynes, B.N. (2019). Interventions to prevent perinatal depression. Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Obstetric Anesthesia Digest* 39(4): 180.
- Rojas, G., Santelices, M.P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M. et al. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista Médica de Chile* 143(4): 424–32.
- Superintendencia de Salud. (Online). Depresión en personas de 15 años y más. Problema de salud 34. Orientación en Salud. Disponível em: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18823.html> (acesso em junho 2020).