

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE EM GESTANTE: UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/08/2023

Ana Paula Freitas de Oliveira

Acadêmica do Curso de Medicina do
Centro Universitário de Mineiros
<http://lattes.cnpq.br/1304492886072101>

André Luís Elias Moreira

Docente do Centro de Biociências da
Universidade Federal de Jataí
<http://lattes.cnpq.br/1631661623891188>

Clarissa Villa Verde de Lima Roure

Docente do Curso de Medicina do Centro
Universitário de Mineiros
<https://lattes.cnpq.br/5082624696359113>

Benedito Rodrigues da Silva Neto

Instituto de Patologia Tropical e Saúde
Pública – IPTSP/UFG
<http://lattes.cnpq.br/5082780010357040>

RESUMO: O transtorno depressivo maior (TDM) trata-se de um distúrbio mental caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, com remissões interepisódicas. Quando o TDM ocorre no período gravídico- puerperal as alterações físicas e psicológicas tornam o quadro mais complexo. Sendo assim,

com todas as adaptações que a pandemia de COVID-19 exigiu, nas gestantes e puérperas, observou-se um aumento da prevalência de problemas de saúde mental, devido ao medo do contágio e a preocupação com a saúde do feto. Paciente em idade fértil com distúrbios psiquiátricos prévios teve 2 gestações, sendo q a última foi no período pandêmico em que não teve rede de apoio. Pontuou que nas duas vezes apresentou sinais e sintomas de TDM, porém optou por realizar o tratamento com medicações e outros tipos de terapias apenas na última gravidez, na qual obteve melhora do quadro. Visto isso, conclui-se a importância das estratégias terapêuticas adequadas para o TDM, evidenciando que as terapias medicamentosas não geram riscos ao bebê e são capazes de promover resultados duradouros no que diz respeito a melhora do quadro clínico e qualidade de vida da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado pré-natal, depressão pós-parto, transtorno depressivo maior, psicotrópicos.

TREATMENT STRATEGIES FOR RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER IN PREGNANT WOMEN: A CASE REPORT

ABSTRACT: Major depressive disorder (MDD) is a mental disorder characterized by distinct episodes of at least two weeks duration involving changes in affect, cognition and neurovegetative functions, with interepisodic remissions. When MDD occurs in the pregnancy- puerperal period, physical and psychological changes make the picture more complex. Thus, with all the adaptations that the COVID-19 pandemic required, in pregnant and postpartum women, there was an increase in the prevalence of mental health problems, due to fear of contagion and concern for the health of the fetus. Patient of childbearing age with previous psychiatric disorders had 2 pregnancies, the last one being in the pandemic period when she had no support network. She pointed out that both times she had signs and symptoms of MDD, but she chose to undergo treatment with medications and other types of therapies only in the last pregnancy, in which she had improved. In view of this, the importance of appropriate therapeutic strategies for MDD is concluded, showing that drug therapy does not generate risks to the baby and is capable of promoting lasting results with regard to improving the patient's clinical condition and quality of life.

KEYWORDS: prenatal care, baby blues, major depressive disorder, psychotropics.

INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) representa a condição clássica do grupo de transtornos depressivos. Essa patologia trata - se de um distúrbio mental caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações significativas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, com remissões interepisódicas. Devido a todas essas mudanças, há prejuízos significativos na qualidade de vida do indivíduo. O TDM pode iniciar ainda na adolescência, no entanto, é mais prevalente em indivíduos acima dos 60 anos e aponta-se que o gênero feminino apresenta índices 1,5 a 3 vezes mais altos quando comparado ao sexo masculino^{12,15}.

A afetividade negativa (neuroticismo) é um fator de risco bem estabelecido para o início do TDM e os altos níveis desta condição parecem aumentar a probabilidade de os indivíduos desenvolverem episódios depressivos em resposta a eventos estressantes na vida, sendo considerado o principal fator temperamental. Alguns fatores como experiências adversas na infância; condições genéticas de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior tem risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença que a população em geral. Além disso, observa-se que condições médicas crônicas ou incapacitantes também aumentam os riscos de episódios depressivos maiores^{6,12,13}.

O diagnóstico de TDM é essencialmente clínico, baseado na anamnese e exame psíquico, em que para esse trabalho utiliza-se os critérios diagnósticos do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5) que avalia inicialmente humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer por pelo menos 15 dias. Alterações neurovegetativas (sono e apetite) e mudanças cognitivas (conteúdo do pensamento

alterado, ideação suicida e dificuldade de concentração) também são investigadas. Dessa forma, pontua-se que estes sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo nos aspectos sociais, profissionais ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Além disso, é relevante ressaltar que o episódio de TDM não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica^{6,12}.

A gravidez é um momento na vida da mulher marcado por alterações no âmbito psicológico que podem ocorrer desde o início do período gestacional. Verifica-se também mudanças na aparência do corpo, assim como na feminilidade, nos afetos e na sexualidade. Cerca de 25% das mulheres relatam sofrimento emocional durante o período pré-natal até o final da gravidez, incluindo o período puerperal. Grande parte das gestantes vivenciam a ambivalência psicológica, em maior ou menor grau, sendo que em algumas pode-se observar alterações de humor frequentes, da exaustão à exaltação e distúrbios emocionais. Nesse sentido, percebe-se que o estresse psicológico pode estar associado a um risco aumentado de vários resultados adversos da gravidez, como parto prematuro e baixo peso ao nascer^{1,2,4,7}.

Ademais, pontua-se que o TDM possui como especificador a depressão pós-parto que diferencia do baby blues devido a gravidade dos sintomas, bem como seu tempo de aparecimento e duração. Sendo que no baby blues observa-se perturbação transitória do humor caracterizada por labilidade de humor, tristeza, disforia, confusão subjetiva e choro, tendo início de 3 a 5 dias pós-parto perdurando até 15 dias. Visto isso, outro ponto importante é que a pandemia em curso da doença de coronavírus 2019 (COVID-19) aumentou de forma significativa as mudanças psicológicas presentes no período perinatal, influenciando na noção de identidade da mãe, bem como na sua reação à futura maternidade, aumentando dessa forma a prevalência de problemas de saúde mental. Isso é devido principalmente ao medo do contágio e a preocupação com a saúde do feto^{1,2,7,18}.

É considerável que a gravidez e o puerpério desencadeiam inúmeras adaptações fisiológicas que possibilitam o desenvolvimento e a sobrevivência da prole. Nesse sentido, percebe-se que no cérebro da gestante há a chamada neuroplasticidade, que é estimulada principalmente pela mudança hormonal, ou seja, ocorrem mudanças estruturais e funcionais dinâmicas que acompanham as adaptações comportamentais fundamentais, estimulando a mulher a evoluir de um indivíduo com necessidades autodirigidas para ser responsável pelo cuidado de outra vida. Além disso, constata-se que há variados indicativos de que tanto as alterações durante a gestação quanto as puerperais na estrutura cerebral estão ligados a aspectos do cuidado materno, que fornecem evidências significativas de um processo altamente adaptativo do sexo feminino, em que demonstra a transição de uma mulher para a maternidade^{4,16}.

Em relação ao tratamento do TDM existem condutas específicas. No quesito da abordagem não farmacológica possui a psicoterapia, em que a terapia que mais tem apresentado resultados seria a cognitivo-comportamental, a alimentação balanceada e o

exercício físico podem exercer efeitos sobre a depressão por meio de vias moleculares, alterações estruturais, bem como influenciar nos principais sistemas neurais. Ademais, em casos mais graves outras técnicas, como a estimulação transcraniana, se mostram fundamentais. Porém, em casos moderados a graves faz-se necessário a intervenção farmacológica. Desse modo, em casos moderados e graves são indicados medicamentos psicotrópicos sendo os inibidores da recaptção de serotonina (ISRSs) os mais estudados, devido a sua segurança e eficácia^{5,6,8,10}.

Diante do exposto, nota-se que depressão materna não tratada pode ter consequências adversas tanto para a paciente quanto para sua prole, e a descontinuação abrupta de drogas psicotrópicas na gravidez pode estar associada a efeitos adversos físicos e psicológicos, incluindo uma alta frequência de recaídas. Assim, a escolha terapêutica deve ser individualizada com o objetivo de controlar a doença materna, limitando o risco potencial do tratamento ao paciente e ao desenvolvimento do embrião e do feto^{5,6,10,11}. Desse modo, o objetivo geral do relato de caso é relatar as estratégias terapêuticas empregadas no tratamento de uma paciente com transtorno depressivo recorrente durante o ciclo gravídico-puerperal.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de um relato de caso, em que as informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário e entrevista com o paciente.

Análise dos casos

Foi realizada uma análise qualitativa a partir da entrevista com a paciente, que buscou investigar as suas percepções em relação ao tratamento completo (medicamentoso e psicoterápico) da depressão pós-parto, quanto à conduta realizada apenas em sua segunda gestação. No caso analisado foram comparadas peculiaridades e diferenças quanto à percepção da experiência das gestações, especialmente no que diz respeito ao planejamento e manejo correto da depressão no ciclo gravídico-puerperal.

Seleção do paciente

A paciente foi selecionada a partir da análise de prontuário, bem como levando em consideração a relevância da história clínica. A paciente escolhida estava em idade fértil, advinda de atendimento em rede particular, não fazendo parte de nenhum programa público de atenção à gestante, tendo procurado acompanhamento individual, por iniciativa própria. A paciente foi convidada a participar da pesquisa voluntariamente e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

Além disso, neste trabalho foram descritos todos os aspectos que se relacionaram com a depressão pós-parto recorrente.

Instrumento de estudo

Para a realização do diagnóstico assertivo da paciente foi utilizado como instrumento a história clínica, bem como o exame psíquico, conforme o apêndice 1. Sendo que ambos foram baseados nos critérios evidenciados no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

Local de coleta

O local de coleta dos dados foi uma clínica especializada em psiquiatria. Neste ambiente foram avaliadas as pacientes atendidas no período de Abril de 2020 a Agosto de 2021.

Obtenção de dados para relato de caso

Para a coleta dos dados necessários para a confecção do relato de caso foram feitas análises retrospectiva de prontuários, sendo utilizado como instrumento diagnóstico a história clínica e exame psíquico da paciente.

Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de caso envolvendo dados de uma paciente, o trabalho foi submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP). Nesse sentido, foi respeitado todo o sigilo médico e segurança dos dados.

APRESENTAÇÃO DO CASO

ANAMNESE

Identificação

N.B.G.B, sexo feminino, 36 anos, casada a 8 anos, residente em Goiânia-GO, enfermeira, porém no momento não atua na área.

História da doença atual (HDA)

Paciente teve sua primeira gestação aos 29 anos, no ano de 2015, na qual apresentou sinais e sintomas depressivos no período pós-parto (cerca de 2 a 3 dias após o nascimento do filho). Os sintomas foram: insegurança, tristeza profunda, emagrecimento acentuado, perda de apetite, medo e vontade iminente de chorar, na qual permaneceu até o primeiro mês de vida da criança. N.B.G.B relata que não procurou ajuda médica, portanto não fez o tratamento correto e adequado para a doença citada.

Quando foi definido o diagnóstico clínico de transtorno depressivo maior em que se estabeleceu por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais 5º edição (DSM-5). Paciente relata estar consciente de seu diagnóstico e ter sentido medo,

devido os comentários negativos e preconceituosos sobre tal doença.

Paciente aponta que, a retirada das medicações para TAG e síndrome do pânico, por orientação médica, justificados pelos possíveis efeitos teratogênicos no feto, contribuíram para o agravamento do quadro de depressão puerperal. Neste período, contou com rede de apoio (amigos e familiares), o que contribuiu de forma significativa, porém o transtorno depressivo interferiu negativamente no vínculo mãe-filho pelo surgimento de sentimentos de medo e culpa.

Como tratamento não medicamentoso realizou acupuntura e acompanhamento psicológico antes do período gravídico e até a 25ª semana de gestação, na qual obteve melhora positiva nos sintomas de ansiedade e depressão.

Paciente teve sua segunda gestação aos 37 anos, no ano de 2020. A mesma relatou que no primeiro mês, procurou acompanhamento médico em um serviço especializado na área de psiquiatria. Inicialmente foi orientado à paciente a manutenção da utilização da medicação Pristiq® 50mg (succinato de desvenlafaxina monoidratado), que a mesma já fazia o uso a um ano para as outras comorbidades, mas não obteve boa adesão ao tratamento devido ao surgimento de efeitos colaterais como vertigem, diplopia e taquicardia.

Aos 3 meses de gestação, a paciente buscou outro profissional médico, especializado em transtorno psiquiátrico perinatal e na ocasião foi realizada a troca da medicação por Sertralina® 50 mg. Paciente não realizou psicoterapia por apresentar resultados satisfatórios com a medicação. Ao final da gestação apresentou *burnout* materno, por ausência de rede de apoio (familiares e de amigos), assim como por problemas financeiros. O fato da segunda gestação ter ocorrido durante a pandemia de COVID-19 foi um agravante importante para a piora do quadro de TAG e depressão.

Por volta da 37ª semana de gestação, foi necessário ajustar a dose da medicação para a paciente teve que aumentar a dose da medicação para Sertralina® 75 mg, ocorreram episódios que pioraram o quadro da paciente, visto que o marido e o médico obstetra contraíram COVID-19 e tiveram que ficar em isolamento por 14 dias e não conseguiriam acompanhar o parto. Tal situação corroborou para o parto prematuro, piora da insegurança e o agravamento do *burnout* materno.

Antecedentes pessoais

Paciente é portadora de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) desde a infância e síndrome do pânico, aos quais já fazia tratamento prévio.

Apresenta hipertireoidismo e urticária, ambos controlados com a medicação própria, nega outras comorbidades. Alega alergia medicamentosa à sulfadiazina. Relata apendicectomia como cirurgia prévia e descarta quadros abortivos anteriores.

Antecedentes familiares

Nega casos de transtorno afetivo bipolar na família, porém relata vários casos de quadros depressivos e ansiosos (em parentes de segundo grau).

Hipótese Diagnóstica

Diante do exposto pontua-se que a paciente apresenta humor disfórico, tristeza profunda, alteração do apetite, angústia e alterações no sono, sendo que esses sintomas persistiram por mais de 2 semanas. Dessa forma, foi possível realizar o diagnóstico assertivo, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DMS-5 de transtorno depressivo maior no período gravídico- puerperal.

Prognóstico e Acompanhamento

Paciente relata que em nenhum momento da segunda gestação pensou em parar a medicação, pois além de ajudar na estabilização da doença, influenciou de forma favorável para o vínculo mãe-filho. Ademais, refere não se arrepender por optar pelo tratamento com medicação para o transtorno depressivo no pós-parto. Também ressalta a importância, principalmente no período puerperal (época de bastante vulnerabilidade materna) de realizar acompanhamento médico com psiquiatra, com auxílio de tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a doença em questão.

No momento atual a paciente se encontra em finalização do tratamento para o transtorno depressivo apresentando melhora importante do quadro.

DISCUSSÃO

O transtorno depressivo maior (TDM), principalmente no período gravídico tem sido associado a diversos fatores desencadeantes, tanto genéticos, quanto sociais e ambientais. Além disso, mudanças significativas na vida da mulher, em que denotam uma maior vulnerabilidade, como o período gestacional, problemas financeiros e pandemias relacionadas à saúde podem agravar de forma significativa os casos das existentes ou propiciar o aparecimento de novos quadros de transtorno depressivos^{2,3,7,14,17}.

Sabe-se que o diagnóstico do TDM é feito de forma clínica, ou seja, pela história clínica da paciente e pelo exame psíquico que é baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM-5. Sendo assim, percebe-se que os sintomas vistos na grande maioria dos casos são bastantes variados, temos como exemplo: alteração do sono, falta de apetite, fadiga e humor deprimido. Dessa forma, no caso relatado observa-se a presença desses sinais e sintomas característicos do transtorno citado acima, sendo que quando são reconhecidos e tratados de forma adequada possuem melhora positiva do quadro, não causando prejuízos maiores no âmbito social do indivíduo^{6,18}.

É relevante salientar que esse transtorno possui como métodos terapêuticos as medicações comumente conhecidas como antidepressivos e, que atuam em neurotransmissores no sistema nervoso central, conhecidos como monoaminas, principalmente a serotonina. Sendo que as os riscos e os benefícios de tratamento com psicotrópicos em contraposição aos transtornos psiquiátricos da mãe devem ser avaliados criteriosamente de um indivíduo para outro de forma racional e assertiva^{10,12}.

Pontua-se que a paciente do caso relatado apenas na segunda gestação a paciente optou por fazer o tratamento com medicamentos adequados, como: a Sertralina que é um potente inibidor seletivo da recaptção de serotonina. Essa medicação desencadeia efeitos colaterais gastrintestinais leves (náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia), psiquiátricos (agitação, ansiedade, insônia, ciclagem para mania, nervosismo), alterações do sono, fadiga, efeitos neurológicos (tremores, efeitos extrapiramidais), perda ou ganho de peso, disfunções sexuais, reações dermatológicas, o que faz com que as pacientes escolham utilizar a medicação por conta de seus benefícios, em detrimento de parar o tratamento. Visto isso, é relevante salientar que nenhum medicamento antidepressivo foi associado à morte intra uterina, redução do crescimento uterino ou à defeitos congênitos maiores^{10,11,12}.

Além disso, outra modalidade de terapia essencial, sendo essa não medicamentosa usada no transtorno depressivo maior, é a psicoterapia. Sendo que para os quadros mais leves e moderados dessa doença, esse tipo de terapêutica é primordial^{4,5,8,10,12}.

Nota-se que a psicologia perinatal é fundamental para o seguimento terapêutico do TDM e prevenção do quadro na gestação, pois visa a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, podendo trazer uma preparação psicológica para a maternidade. Dessa forma, no caso relatado, em ambas as gestações utilizou dessa categoria de tratamento e assim obteve inúmeros resultados positivos, como: melhoria no vínculo mãe-filho, na confiança consigo mesma e na dinâmica familiar, tendo um prognóstico altamente favorável^{4,5,17}.

CONCLUSÃO

O caso relatado aborda sobre a discussão da terapêutica do transtorno depressivo recorrente no período gravídico-puerperal. Sabe-se que esta doença é diagnosticada de acordo com os critérios do DSM-5 e que está relacionada a fatores psicológicos, físicos, sociais e ambientais.

Quanto à terapêutica podem ser empregadas estratégias não medicamentosas, como a psicoterapia, assim como o uso de medicamentos da classe dos antidepressivos, como a Sertralina, que não geram riscos ao bebê e foram capazes de promover resultados satisfatórios e duradouros no que diz respeito a melhora do quadro clínico e qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ahmad M, Vismara L. O impacto psicológico da pandemia de COVID-19 na saúde mental das mulheres durante a gravidez: uma revisão rápida de evidências. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet] 2021 Jul 2;18(13):7112. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22656>

2. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. O fenômeno da gravidez- uma visão psicológica. *Ginekologia Polska* [Internet]2018 Feb 28;89(2):102–6. DOI: 10.5603/GP.a2018.0017. DOI: 10.5603/GP.a2018.0017
3. Brebilla A, Bernard N, Pujol S, Parmentier A-L, Eckman A, Mariet A-S, et al. Vulnerabilidade da gravidez em áreas urbanas: uma abordagem pragmática combinando fatores comportamentais, médico-obstétricos, socioeconomicos e ambientais. *Scientific Reports* [Internet]. 2019 Dec 11 [citado em Mar 8];9(1):18878. <https://www.nature.com/articles/s41598-019-55005-0>
4. Campillo I; Meaney S; Macnamara K, et. al. Intervenções psicológicas e de apoio para reduzir os níveis de estresse, ansiedade ou depressão na gravidez subsequente de mulheres com histórico de aborto espontâneo; uma revisão sistemática vazia. *BMJ open* [Internet]2017 Set; 7(9). DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017802
5. Cosci F; Fava G. Prescrevendo farmacoterapia para transtorno depressivo maior: como o clínico decide? *Centro Biomédico* [Internet]2021 set; 6(3); 118-121. DOI: 10.1159/000519656
6. DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre (Rs): Artes Medicas; 1995.
7. Garzón C; Gallego R; Luque B, et.al. Impacto psicológico da pandemia do COVID-19 em mulheres grávidas: uma revisão de escopo. *Behavi Science* [Internet]2021 Dec; 11(12). DOI: 10.3390/bs11120181
8. Gujral S, Aizenstein H, Reynolds CF, Butters MA, Erickson KI. Efeitos do exercício na depressão: Possíveis mecanismos neurais. *General Hospital Psychiatry* [Internet]. 2017 Nov;49(49):2–10. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2017.04.012
9. Jakobsen J; Glud C, et. al. Os antidepressivos devem ser usados para o transtorno depressivo maior? *BMJ medicina baseada (saúde mental)* [Internet]2020 Ago; 25(4): 130. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111238>
10. Kembra L; Asher O. A depressão e seu tratamento durante a gravidez: visão e destaques. *Pesquisa de defeitos congênitos* [Internet]2017 Jul; 109(12): 877-878. DOI: 10.1002/bdr2.1080
11. Kennedy S, Ceniti A. Desvendando o transtorno depressivo maior: da classificação à seleção do tratamento. *Revista Canadense de Psiquiatria* [Internet]2018 Mai; 63(5); 308-313. DOI: 10.1177/0706743717748883
12. Kim Y. Transtorno Depressivo Maior: avanços atuais e mudanças de paradigma. *Investigação Psiquiátrica* [Internet]2020 Mar; 13(3); 3-16. DOI: 10.30773/pi.2019.0092
13. Krob AD, Godoy J, Leite KP, Mori SG. Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. *Revista Psicologia e Saúde* [Internet]. 2017 Nov 9;3–16. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a01.pdf>
14. Li Z; Ruan M; Fang Y. Transtorno Depressivo Maior: avanços na pesquisa em Neurociência e Aplicações Translacionais. *Boletim de Neurociência*. 2021 Jun; 37(6); 863-880. DOI: 10.1007/s12264-021-00638-3

15. Muller E; Craddock S, Carmona S, et.al. Plasticidade cerebral na gravidez e puerpério: vínculos com o cuidado materno e a saúde mental. Arquivos da saúde mental da mulher [Internet]2019; 22: 289-299. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0889-z>
16. Niel M; Payne J. Depressão perinatal: uma revisão. Cleveland Clinic Journal da Medicina [Internet]. 2020 Mai; 87(5): 273-277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria - 11.ed. Artmed Editora; 2016.

APÊNDICE 1

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÕES DE CONDIÇÕES RELACIONADAS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

1 - Até o presente momento, você já teve quantas gestações?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou mais

2 - Alguma destas gestações ocorreu durante a pandemia de COVID19?

- SIM
- NÃO

3 - Até o presente momento, você já teve algum aborto?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou mais

4 - Em alguma gestações apresentou sinais e sintomas de transtorno depressivo?

- SIM
- NÃO

5 - Se a resposta for sim para a questão anterior, cite alguns dos sinais e sintomas que apresentou durante a gestação

6 - Como foi receber o diagnóstico?

7- Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, relate como foi receber o diagnóstico?

8 - Você realizou algum tipo de tratamento para o transtorno depressivo em alguma das gestações?

SIM

NÃO

9 - Caso a resposta da questão anterior seja sim, cite os tratamentos realizados

10 - Na (s) gestação (ões) em que você realizou o tratamento você percebeu melhoras? se sim, quais?

11 - Em sua percepção, o transtorno depressivo interferiu no seu vínculo afetivo entre mãe-filho?

SIM

NÃO

12 - Se a resposta da questão anterior foi sim, cite exemplos

13 - A pandemia do covid-19 em sua opinião foi um agravante para seu transtorno depressivo na gestação? se sim, porque

14 - Em seu tratamento você observou muitos efeitos colaterais?

SIM

NÃO

15 - Esses efeitos colaterais atrapalharam o andamento do tratamento? ou seja, teve que para a medicação?

SIM

NÃO

16 - Se a resposta da questão anterior foi sim, cite exemplos

17 - A pandemia do covid-19 em sua opinião foi um agravante para seu transtorno depressivo na gestação? Se sim, porque?

18 - Em seu tratamento você observou muitos efeitos colaterais?

SIM

NÃO

19 - Esses efeitos colaterais atrapalharam o andamento do tratamento? ou seja, teve que para a medicação?

SIM

NÃO

20 - Você realizou psicoterapia como tratamento?

SIM

NÃO

21 - Se sim, em qual gestação?

22 - Como foi a sua experiência com a psicoterapia?

23 - Você em algum momento pensou em parar o tratamento? Se sim, porque?

24 - Durante o processo de tratamento do transtorno depressivo maior você teve apoio dos familiares e amigos?

SIM

NÃO

25- Você qual a importância de fazer o tratamento correto para transtorno depressivo maior no período da gestação?

26 - Você se arrepende de ter feito o tratamento correto?

SIM

NÃO

27 - Além da medicação e psicoterapia, você fez outro modelo de tratamento? Se sim, qual?