

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

TELEMEDICINA, TELEPSIQUIATRIA E DEPRESSÃO PERINATAL

TELEMEDICINE, TELEPSYCHIATRY, AND PERINATAL DEPRESSION

Resumo

A depressão perinatal (DP) é a complicação obstétrica com maiores índices de subdiagnóstico e um importante fator de risco para o suicídio, considerado uma das causas mais comuns de mortalidade materna. Consequentemente, a atenção à saúde mental deve ser considerada uma das prioridades médicas durante a gestação e o puerpério, pois a identificação precoce da DP pode produzir benefícios substanciais para a saúde materna, infantil e familiar. O principal instrumento psicométrico para a prevenção secundária da DP é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, validada para brasileiros e para aplicação por telemedicina (TM). A utilização da TM é considerada um grande avanço também na obstetrícia. A aplicação de instrumentos psicométricos por TM produz informações com acurácia semelhante ou maior do que o modo de registro local com papel e caneta, além de permitir maior honestidade devido à maior percepção de privacidade, reduzindo, assim, a influência da psicofobia. Portanto, a utilização da TM e da telepsiquiatria na saúde mental da mulher apresenta-se como um recurso estratégico para ampliar o acesso e melhorar os resultados do rastreamento da DP.

Palavras-chave: Telemedicina, saúde da mulher, depressão.

Abstract

Perinatal depression (PD) is the obstetric complication with the highest rates of underdiagnosis and is an important risk factor for suicide, which is considered to be one of the most common causes of maternal mortality. Consequently, mental health care should be a priority during pregnancy and the postpartum

period, as the early identification of PD may bring substantial health benefits to the mother, child, and family. The main psychometric instrument used for secondary prevention of PD is the Edinburgh Postnatal Depression Scale, validated for Brazilians and for use in telemedicine (TM). The use of TM is considered a breakthrough in obstetrics as well. The application of psychometric instruments via TM produces information with similar or greater accuracy when compared with local, paper-and-pencil, face to face application. In addition, it allows for greater honesty due a greater perception of privacy, thus reducing the influence of stigma. Therefore, the use of TM and telepsychiatry in women's mental health has become a promising clinical strategy to expand access and improve the results of PD screening.

Keywords: Telemedicine, women's health, depression.

INTRODUÇÃO

Ao longo da vida, o risco aproximado de manifestação da depressão maior no sexo feminino é de 1,5 a 3 vezes superior que no sexo masculino. No período gestacional e pós-parto, sua prevalência está entre 7 e 15%¹⁻³. A depressão maior perinatal é um importante fator de risco para o suicídio, considerado uma das causas mais comuns de mortalidade materna e cujo índice é superior aos das doenças hipertensivas e hemorrágicas⁴⁻⁶. A depressão perinatal (DP) é altamente prevalente em países de baixa e média renda, os chamados países em desenvolvimento. No Brasil, estudos que utilizaram métodos de pesquisa diversos demonstraram prevalências entre 12,9 e 21,6% para depressão gestacional e entre 18 e 26% para depressão pós-parto⁷⁻¹⁰.

¹ Programa de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ² Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canadá. Clinical Fellow, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ⁵ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Diretor científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

O episódio depressivo na gravidez destaca-se como o principal fator de risco para a depressão pós-parto. Cerca de 60% das mulheres com depressão pós-parto já apresentavam depressão na gestação. A duração do período pós-parto permanece uma questão em debate^{2,7}. A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estabelece o especificador de início perinatal em referência ao episódio de depressão maior que se inicia na gestação ou em até 4 semanas depois do parto. De maneira diversa, a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças identifica sob o código F53 os “transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério”, iniciados “dentro de 6 semanas após o parto”, incluindo a “depressão pós-natal” ou “depressão pós-parto”^{2,3}.

A atenção à saúde mental deve ser considerada uma das prioridades durante a gestação e o puerpério, pois a identificação precoce da DP pode produzir benefícios substanciais para a saúde materna, infantil e familiar^{11,12}. No entanto, os transtornos perinatais seguem subdetectados e subtratados. Embora o rastreamento da DP seja a conduta recomendada aos médicos e bem aceita pela maioria das pacientes, somente uma pequena parcela de profissionais pratica a recomendação. Na ausência de uma rotina de rastreamento padronizada, a maioria dos casos de DP permanece sem identificação diagnóstica^{13,14}. Nesse contexto, a telemedicina (TM) e a telepsiquiatria (TP) têm sido pesquisadas como recursos viáveis e relevantes para ampliar e melhorar o rastreamento da DP por meio da comunicação de dados a distância através da internet¹⁵⁻¹⁷.

O objetivo deste estudo foi oferecer uma atualização sobre TM, TP e DP, a partir de uma avaliação da literatura pertinente ao progresso da psiquiatria na área.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura abordando TM, TP e DP. A busca de artigos foi realizada no banco de dados MEDLINE, via PubMed, empregando os seguintes termos: *telemedicine AND psychiatry; telemedicine AND depression; telepsychiatry; perinatal depression*. Foram verificadas as listas de referências dos artigos de interesse. A busca foi estendida à literatura cinza no Google Scholar, e foram consultados os sítios oficiais

na internet de entidades médicas representativas e instituições de referência profissional.

RESULTADOS

De acordo com o Artigo 37 do Código de Ética Médica em vigor, o atendimento médico a distância, nos moldes da TM ou de outro método, deve ser realizado conforme regulamentação do Conselho Federal de Medicina (CFM)¹⁸. Nesse sentido, as resoluções são os atos normativos que regulam os temas de competência privativa do CFM. A Resolução 1.643/2002 do CFM define e disciplina a prestação de serviços através da TM, conceituando-a como “o exercício da medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde”¹⁹. O CFM estabelece que o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza a TM para seu paciente e que o único critério de decisão deve ser o benefício deste. Especificamente, a Resolução 1.890/2009 do CFM normatiza a telerradiologia e a define como “o exercício da medicina que utiliza a transmissão eletrônica de imagens radiológicas com o propósito de consulta ou relatório”²⁰.

Aprovado em sessão plenária do CFM, o Parecer 36/2002 emite posicionamento técnico e ético a respeito da TM e conclui que o CFM deve ter o mesmo entendimento da Associação Médica Mundial (World Medical Association – WMA), cujo posicionamento mais recente sobre a TM é o documento *Statement on guiding principles for the use of telehealth for the provision of health care*, estabelecido pela assembleia geral de 2009, no qual a WMA declara que²¹:

- TM é a prática da medicina a distância, em que intervenções, diagnósticos e tratamentos são baseados em dados – incluindo voz e imagens –, documentos e outras informações transmitidas através de sistemas de telecomunicações, incluindo telefonia e internet.
- Um aspecto importante da TM é o uso das telecomunicações entre os próprios médicos, com o objetivo de prestação de serviços e cuidados de saúde.
- O médico deve estar convencido de que o trabalho realizado através da TM é “razoável”

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

(sic) e, pelo menos, equivalente a qualquer outro tipo de assistência acessível a um determinado paciente, considerando-se as particularidades de cada paciente.

- d) O médico deve buscar orientação nas diretrizes clínicas disponíveis em TM.

De acordo com a Resolução 1.974/2011 do CFM, é vedado ao médico consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação a distância quando no uso de redes sociais²². Por definição, os sítios de redes sociais na internet são um modo de comunicação virtual focado na publicidade da rede social de cada participante. Por isso, a principal distinção entre redes sociais do âmbito da internet e outras formas de comunicação mediadas por computador – por exemplo, videoconferência privada entre duas pessoas – é que os participantes de um sítio de rede social permitem e buscam a visibilidade e a articulação de suas redes sociais²³. Trata-se, portanto, de um impedimento ético específico. A extrapolação de tal impedimento fere as Resoluções 1.643/2002 e 1.890/2009, o Parecer 36/2002 e o Artigo 37 do Código de Ética Médica em vigor. Ainda, deve-se considerar que, de acordo com o Parecer 36/2002, há, no Brasil, experiência médica acumulada em videoconferências, com a participação do próprio CFM.

O Estado brasileiro, através da Portaria 2.546/2011 do Ministério da Saúde, redefiniu e ampliou o Programa Telessaúde Brasil, que passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o qual tem por objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Artigo 2 da Portaria, o Telessaúde Brasil Redes fornecerá aos profissionais e trabalhadores das RAS no SUS os seguintes serviços:

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

a) síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou

b) assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line.

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal.

III - Segunda opinião formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS.

Algumas instituições federais e estaduais desenvolvem significativas atividades em núcleos de Telessaúde, tais como a Universidade do Estado do Amazonas, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Federal de Santa Catarina²⁴. Uma tese de doutorado apresentada no I Encontro das Câmaras Técnicas de Medicina de Família e Comunidade, realizado na sede do CFM, demonstrou as possíveis implicações positivas de tais serviços. Os resultados do estudo mostraram que, de um total de 226 médicos, 71% utilizaram teleconsultorias para diagnósticos; destes, 84% consideraram que a questão clínica inquirida foi resolvida. A comunicação médica a distância evitou a referência de pacientes a especialistas em 44% dos casos²⁵.

As pesquisas e a literatura médica em TM evoluíram de modo significativo. O número anual de publicações da área registradas na base de dados Science Citation Index cresceu de 10 em 1993 para 996 em 2012²⁶. Em 2016, os autores deste artigo realizaram uma busca na base de dados MEDLINE, via PubMed, empregando apenas o descritor *telemedicine*, e foram obtidos 20.713 resultados. Desfechos e conclusões de artigos originais, revisões sistemáticas e metanálises sugerem, predominantemente, a efetividade e a eficácia da TM em função de resultados similares, equivalentes ou mesmo superiores aos de determinadas condutas diagnósticas e terapêuticas locais tradicionais em diversas condições médicas, tais como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca crônica, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e em pacientes criticamente doentes em serviços de medicina intensiva²⁷⁻³⁸.

¹ Programa de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ² Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canadá. ⁵ Clinical Fellow, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ⁶ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Diretor científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA), a TM refere-se ao emprego da tecnologia das telecomunicações para auxiliar a medicina. Em psiquiatria, tal prática é denominada telepsiquiatria, definida como a utilização de tecnologias eletrônicas da comunicação para a realização da clínica psiquiátrica a distância³⁹. Conceito semelhante é compartilhado pela Organização Mundial da Saúde, para a qual a TP é o campo da TM que envolve o uso de tecnologias da informação e comunicação, tais como as audiovisuais, para a prática da psiquiatria. De acordo com a entidade, a TP é uma das áreas mais desenvolvidas e estabelecidas da TM; mundialmente, somente a telerradiologia é mais praticada que a TP⁴⁰.

A primeira utilização de comunicação audiovisual interativa por meio de videoconferência para a realização de consulta psiquiátrica ocorreu em 1956, permitindo o contato entre o Instituto de Psiquiatria de Nebraska (Nebraska Psychiatric Institute) e o hospital psiquiátrico estadual, distantes 320 km. Em 1973, a palavra telepsiquiatria foi usada pela primeira vez pelo psiquiatra Thomas Dwyer no artigo “Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television”, publicado no *American Journal of Psychiatry*⁴¹. O autor descreve um “sistema de televisão interativo” estabelecido entre o Massachusetts General Hospital e um posto médico em Boston. O sistema provou ser viável e bem aceito pelos indivíduos e instituições da comunidade, permitindo um acesso maior e mais célere à psiquiatria. Em 1976, em outra iniciativa pioneira, a TP foi usada para integrar o Mount Sinai School of Medicine com uma clínica pediátrica em Nova York⁴².

Portanto, a tecnologia audiovisual é aplicada na TP há cerca de seis décadas. Durante esse período, foi produzido um extenso corpo de pesquisas a respeito dos diversos aspectos que compõem a TP³⁹. De fato, a TP foi a primeira área da TM a desenvolver uma análise ampla e crítica de si própria, de modo que, presentemente, existem dados empíricos que sustentam o uso de intervenções de TM em pacientes com transtornos mentais⁴².

A literatura médica publicada apresenta dados consistentes e um significativo número de estudos a respeito da acurácia diagnóstica e da confiabilidade da TP, comparando-as com avaliações face a face⁴³⁻⁴⁷. Predominam evidências substanciais que sugerem

ausência de diferença significativa entre os desfechos da TP e da psiquiatria local, face a face⁴⁸⁻⁵⁶. Esses estudos foram realizados em diferentes transtornos, por meio de diversas escalas e entrevistas estruturadas, contemplando pacientes de várias idades, grupos étnicos e distintos serviços médicos, tais como os ambulatoriais e os hospitalares⁵⁷⁻⁶⁵. Metanálise concluiu que não há diferença na acurácia diagnóstica entre TP e a psiquiatria local⁶⁶. Entre os instrumentos psicométricos cuja confiabilidade em TP é equivalente à da aplicação local, citam-se a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, Brief Psychiatric Rating Scale, Escala para Avaliação dos Sintomas Negativos e Positivos, Escala de Avaliação Global do Funcionamento e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton⁶⁷.

O estabelecimento de diretrizes em TM e a elaboração de protocolos de referência são recomendados pela WMA às associações médicas nacionais, de modo que os profissionais disponham de orientações sobre as condutas mais apropriadas em TM⁶⁸. Felizmente, a pesquisa científica e a experiência clínica existentes em TM e TP favorecem a elaboração de tais documentos. Entre eles, citamos:

- *Model Policy for the Appropriate Use of Telemedicine Technologies in the Practice of Medicine* (The Federation of State Medical Boards of the United States)
- *Resource Document on Telepsychiatry and Related Technologies in Clinical Psychiatry* (American Psychiatric Association)
- *Telepsychiatry via Videoconferencing* (American Psychiatric Association)
- *Practice Parameter for Telepsychiatry with Children and Adolescents* (American Academy of Child Adolescent Psychiatry)
- *Evidence-Based Practice for Telemental Health* (American Telemedicine Association)
- *Practice Guidelines for Videoconferencing-Based Telemental Health* (American Telemedicine Association)
- *Video-Based Online Mental Health Services* (American Telemedicine Association)
- *Core Operational Guidelines for Telehealth Services Involving Provider- Patient Interactions* (American Telemedicine Association)

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

- *Guidelines for Patient-Physician Electronic Mail* (American Medical Association)
- *Guidelines for Telemedicine* (The Standing Committee of European Doctors)
- *Telehealth: Brief Guide to Address Practice Issues* (Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists)

Na prática privada da TP, os pacientes geralmente estão em ambientes clinicamente não supervisionados, como em residências. Realizado pelo Laboratório de Neurociência do Departamento e Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, um estudo clínico randomizado composto por 107 pacientes depressivos constatou a equivalência entre o tratamento local e o por meio de TP via videoconferência em ambientes clinicamente não supervisionados. Identificou-se que o seguimento por TP foi compatível com o seguimento tradicional local em relação à evolução clínica, à satisfação dos pacientes, à relação terapêutica e à adesão ao tratamento⁶⁹.

Do ponto de vista da saúde pública, a TP tem importância estratégica em função da grande prevalência dos transtornos psiquiátricos, das deficiências e fragilidades da assistência governamental aos pacientes e da necessidade de qualificação e ampliação dos serviços públicos. Uma pesquisa da Associação Mundial de Psiquiatria (World Psychiatric Association - WPA) concluiu que o aumento da disponibilidade de serviços de saúde mental dependerá da convergência de três fatores: maior participação de não especialistas; aumento da assistência especializada em saúde mental para fornecer supervisão e apoio clínico efetivo; e descentralização do trabalho especializado em saúde mental. A TP apresenta-se como um meio de realização desses três elementos⁷⁰. De fato, a WPA está trabalhando no desenvolvimento de um programa de treinamento em saúde mental para médicos não psiquiatras, para o qual pretende utilizar a TP⁷¹. Há uma confluência crítica diante da psiquiatria, considerando-se as mudanças na organização de serviços de saúde e seus financiamentos, a transição intensa a uma sociedade imersa em tecnologia da informação, o desenvolvimento da pesquisa e da clínica em TP e seu contínuo crescimento. Muitos médicos não estão familiarizados com o tema, e alguns o abordam

exclusivamente através de viés pessoal^{44,55}. Não obstante, a psiquiatria é considerada uma especialidade particularmente adequada para a TM, principalmente por meio do uso de recursos audiovisuais pertinentes, baseado nas evidências científicas disponíveis⁶⁴.

Especificamente com relação à saúde mental durante a gestação e o pós-parto, o rastreamento de transtornos nesse período deve ser considerado uma prioridade, pois a identificação precoce da DP pode produzir benefícios substanciais para a saúde materna, infantil e familiar. Deve-se considerar que episódios de DP estão associados a uma maior probabilidade de importantes intercorrências obstétricas, maternas, neonatais e puerperais, com implicações negativas no desenvolvimento da criança e nas relações familiares. Conforme a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a paciente com depressão gestacional apresenta uma gravidez de alto risco. Durante a gravidez, a depressão está associada a maior risco de: crescimento intrauterino restrito; pré-eclâmpsia; diabetes gestacional; prematuridade; baixo peso ao nascer; escores de Apgar mais baixos; prejuízos no desenvolvimento infantil (cognitivos, sociais, afetivos); dificuldades na amamentação; vínculo inseguro entre mãe e criança; depressão pós-natal; uso materno de álcool, tabaco e outras drogas; abortamento; suicídio materno e infanticídio. A depressão pós-parto está associada a maior risco de negligência e abuso infantil, descontinuação da amamentação, disfunção familiar e prejuízos no desenvolvimento cerebral⁷².

Portanto, o rastreamento perinatal de rotina por meio do uso de instrumentos padronizados é proposto como uma forma de melhorar a identificação da DP, considerada a complicação obstétrica com os maiores índices de subdiagnóstico⁷³. As seguintes instituições formalmente recomendam o estabelecimento do rastreamento rotineiro para DP: American College of Obstetricians and Gynecologists; American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; National Institute for Health and Care Excellence; Agency for Healthcare Research and Quality; The National Research Council of the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine of the United States; The Institute of Medicine of the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine of the United States.

¹ Programa de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ² Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canadá. ⁵ Clinical Fellow, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ⁶ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG. ⁷ Diretor científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

Porém, quanto à sua prevenção secundária, os transtornos psiquiátricos da gestação e puerpério permanecem, de certo modo, negligenciados. Embora o rastreamento da DP seja a conduta recomendada aos profissionais e seja bem aceito pela maioria das pacientes, somente uma minoria de médicos pratica a recomendação. Sem um rastreamento rotineiro e padronizado, aproximadamente 80% dos casos de DP permanecem sem diagnóstico⁷⁴. Diante de tais circunstâncias, a TM e a TP têm sido pesquisadas e propostas como um recurso exequível e importante, com vistas à ampliação e melhora do rastreamento da DP utilizando-se a comunicação de dados à distância através da internet¹⁵.

DISCUSSÃO

As citadas recomendações a respeito da prevenção secundária da DP orientam para que, principalmente, obstetras, pediatras e médicos de família e comunidade sejam ativos perante as gestantes e as puérperas e realizem o rastreamento empregando instrumentos padronizados e validados. No entanto, estudos indicam que, de modo geral, esses profissionais ainda não estabeleceram o rastreamento da DP como uma rotina clínica, o que implica subdiagnóstico e subtratamento. A DP pode ser subestimada também em função da sobreposição de determinadas manifestações depressivas com certas queixas típicas da gravidez e do puerpério (fadiga e distúrbios do sono, da alimentação ou sexuais)^{75,76}.

Deve-se considerar também que, apesar dos vários atendimentos médicos que ocorrem ao longo da gestação e pós-parto, a psicofobia associada à DP e a percepção de menor privacidade na realização do rastreamento podem tornar a mulher hesitante para manifestar honestamente possíveis sintomas. Assim, embora exista uma significativa aceitação ao rastreamento da DP, seus procedimentos devem ser aperfeiçoados para a minimização da influência do estigma e para o aumento do acesso e da privacidade¹⁵. Nesse sentido, a TM apresenta-se como recurso estratégico porque pode ampliar o acesso e melhorar a percepção da privacidade do rastreamento, concomitantemente⁷⁷.

De fato, a utilização da TM é considerada um grande avanço também na obstetrícia⁷⁸. A aplicação de

instrumentos psicométricos por TM produz informações com acurácia semelhante ou maior do que o modo de registro local com papel e caneta, e a TM permite maior honestidade devido à maior percepção de privacidade, assim reduzindo a influência da psicofobia. Com efeito, estudos realizados no período perinatal indicam a aceitação da TM como meio para o rastreamento da DP⁷⁷. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, o instrumento de rastreamento perinatal mais utilizado e recomendado, é validada para aplicação por TM. Trata-se de uma escala de autoavaliação composta por 10 itens, adaptada e validada para brasileiros, que pode ser reproduzida com autorização, desde que a referência original da escala seja citada em cada cópia. Ainda, em comparação com o rastreamento local tradicional, a aplicação da Escala de Edimburgo por TM não apresenta diferença na proporção de pacientes que simulam a DP⁷⁹. Assim, o rastreamento da DP por TM pode estar virtualmente disponível a todos os ambientes, profissionais e pacientes, de modo conveniente, consistente, acurado e ético. Também permite a associação de recursos audiovisuais para o letramento em saúde mental e a psicoeducação da paciente e sua família.

CONCLUSÃO

A DP é uma complicação obstétrica com maiores índices de subdiagnóstico e é um importante fator de risco para o suicídio, considerado uma das causas mais comuns de mortalidade materna. O principal instrumento psicométrico para a prevenção secundária da DP é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, validada para brasileiros e para aplicação por TM. Portanto, a utilização da TM e da TP na saúde mental da mulher apresenta-se como um recurso estratégico para ampliar o acesso e melhorar os resultados do rastreamento da DP.

Artigo submetido em 31/03/2016, aceito em 04/04/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Joel Rennó Jr., Rua Teodoro Sampaio, 352/127, CEP 05406-000, São Paulo, SP. E-mail: rennoj@terra.com.br

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

Referências

1. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74:5-13.
2. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:3-12.
3. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16:468.
4. Castro E Couto T, Brancaglioni MY, Cardoso MN, Faria GC, Garcia FD, Nicolato R, et al. Suicidality among pregnant women in Brazil: prevalence and risk factors. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19:343-8.
5. Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:233-42.
6. Fuhr DC, Calvert C, Ronsmans C, Chandra PS, Sikander S, De Silva MJ, et al. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:213-25.
7. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin.* 2008;35:144-53.
8. Figueira P, Fernandes Malloy-Diniz L, Aurélio Romano-Silva M, Silva Neves F, Corrêa H. Postpartum depression and comorbid disorders: frequency and relevance to clinical management. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12:451.
9. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SG, Leal Mdo C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord.* 2016;194:159-67.
10. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. [Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2012;28:385-93.
11. Hanley GE, Oberlander TF. The effect of perinatal exposures on the infant: antidepressants and depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:37-48.
12. Chan J, Natekar A, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression in pregnancy. *Can Fam Physician.* 2014;60:242-3.
13. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol.* 2015;125:1268-71.
14. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:13-23.
15. Le HN, Perry DF, Sheng X. Using the internet to screen for postpartum depression. *Matern Child Health J.* 2009;13:213-21.
16. Marcano-Belisario JS, Gupta AK, O'Donoghue J, Morrison C, Car J. Tablet computers for implementing NICE antenatal mental health guidelines: protocol of a feasibility study. *BMJ Open.* 2016;6:e009930.
17. Pinerros-Leano M, Tabb KM, Sears H, Meline B, Huang H. Clinic staff attitudes towards the use of mHealth technology to conduct perinatal depression screenings: a qualitative study. *Fam Pract.* 2015;32:211-5.
18. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica [Internet]. [cited 2016 Mar 08]. portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp
19. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução 1643/2002 [Internet]. 2002 [cited 2016 Mar 08]. portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1643_2002.htm
20. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução 1890/2009 [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 08]. portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1890_2009.htm
21. World Medical Association (WMA). Statement on guiding principles for the use of telehealth for the provision of health care [Internet]. [cited 2016 Mar 08]. [wma.net/en/30publications/10policies/t5/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://wma.net/en/30publications/10policies/t5/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução 1974/2011 [Internet]. 2011 [cited 2016

¹ Programa de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ² Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canadá. Clinical Fellow, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ⁵ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Diretor científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

- Mar 08]. portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974_2011.htm
23. Recuero R. Redes sociais na internet. Porto Alegre: Sulina; 2009.
24. Dias RS, Marques AFH, Diniz PRB, Silva TAB, Cofiel L, Mariani MMC, et al. Telemental health in Brazil: past, present and integration into primary care. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2015;42:41-4.
25. Castro Filho E. Telessaúde no apoio a médicos de atenção primária [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
26. Yang YT, Iqbal U, Ching JH, Ting JB, Chiu HT, Tamashiro H, et al. Trends in the growth of literature of telemedicine: a bibliometric analysis. *Comput Methods Programs Biomed*. 2015;122:471-9.
27. Martin-Khan M, Wootton R, Whited J, Gray LC. A systematic review of studies concerning observer agreement during medical specialist diagnosis using videoconferencing. *J Telemed Telecare*. 2011;17:350-7.
28. Sanders KA, Patel R, Kiely JM, Gwynn MW, Johnston LH. Improving telestroke treatment times in an expanding network of hospitals. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016;25:288-91.
29. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9:CD002098.
30. Kotb A, Cameron C, Hsieh S, Wells G. Comparative effectiveness of different forms of telemedicine for individuals with heart failure (HF): a systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0118681.
31. Huang Z, Tao H, Meng Q, Jing L. Management of endocrine disease. Effects of telecare intervention on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Endocrinol*. 2015;172:R93-101.
32. Chen J, Jin W, Zhang XX, Xu W, Liu XN, Ren CC. Telerehabilitation approaches for stroke patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24:2660-8.
33. Widmer RJ, Collins NM, Collins CS, West CP, Lerman LO, Lerman A. Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2015;90:469-80.
34. Toma T, Athanasiou T, Harling L, Darzi A, Ashrafian H. Online social networking services in the management of patients with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;106:200-11.
35. Elbert NJ, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, Ekeland AG, Hakkaart-van Roijen L, Raat H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Med Internet Res*. 2014;16:e110.
36. de Waure C, Cadeddu C, Gualano MR, Ricciardi W. Telemedicine for the reduction of myocardial infarction mortality: a systematic review and a meta-analysis of published studies. *Telemed J E Health*. 2012;18:323-8.
37. Frade S, Rodrigues H. Benefits, challenges and impact of teleconsultation - a literature review. *Stud Health Technol Inform*. 2013;192:1157.
38. Wilcox ME, Adhikari NK. The effect of telemedicine in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2012;16:R127.
39. American Psychiatric Association (APA). Resource document on telepsychiatry and related technologies in clinical psychiatry [Internet]. [cited 2016 Mar 08]. http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource_documents/Resource-2014-Telepsychiatry-Clinical-Psychiatry.pdf
40. World Health Organization (WHO). Global e-Health Survey [Internet]. [cited 2016 Mar 08]. who.int/goe/data/global_e-health_survey_2009_en.pdf
41. Dwyer TF. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry*. 1973;130:865-9.
42. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: a critical evaluation of videoconferencing-based

RENAN ROCHA
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

- approaches. *World J Psychiatry*. 2015;5:286-304.
43. Salmoiraghi A, Hussain S. A systematic review of the use of telepsychiatry in acute settings. *J Psychiatr Pract*. 2015;21:389-93.
44. Sunderji N, Crawford A, Jovanovic M. Telepsychiatry in graduate medical education: a narrative review. *Acad Psychiatry*. 2015;39:55-62.
45. Seidel RW, Kilgus MD. Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for Emergency Department psychiatry patients. *J Telemed Telecare*. 2014;20:59-62.
46. Chipps J, Brysiewicz P, Mars M. Effectiveness and feasibility of telepsychiatry in resource constrained environments? A systematic review of the evidence. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2012;15:235-43.
47. Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health*. 2013;19:444-54.
48. Vaitheswaran S, Crockett P, Wilson S, Millar H. Telemental health: videoconferencing in mental health services. *Adv Psychiatr Treat*. 2012;18:392-8.
49. Gajaria A, Conn DK, Madan R. Telepsychiatry: effectiveness and feasibility. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;3:59-67.
50. Bashshur RL, Shannon GW, Bashshur N, Yellowlees PM. The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemed J E Health*. 2015 Dec 1. [Epub ahead of print]
51. Hilty D, Yellowlees PM, Parrish MB, Chan S. Telepsychiatry: effective, evidence-based, and at a tipping point in health care delivery? *Psychiatr Clin North Am*. 2015;38:559-92.
52. Shore JH. Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 2013;170:256-62.
53. Deslich S, Stec B, Tomblin S, Coustasse A. Telepsychiatry in the 21(st) century: transforming healthcare with technology. *Perspect Health Inf Manag*. 2013;10:1f.
54. Hilty DM, Crawford A, Teshima J, Chan S, Sunderji N, Yellowlees PM, et al. A framework for telepsychiatric training and e-health: competency-based education, evaluation and implications. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27:569-92.
55. Chan S, Parish M, Yellowlees P. Telepsychiatry today. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:89.
56. Shore JH. The technological transformation of psychiatric care- telepsychiatry comes of age. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27:467-8.
57. Boydell KM, Hodgins M, Pignatiello A, Teshima J, Edwards H, Willis D. Using technology to deliver mental health services to children and youth: a scoping review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:87-99.
58. Cain S, Sharp S. Telepharmacotherapy for child and adolescent psychiatric patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Jan 8. [Epub ahead of print]
59. Mohr DC, Burns MN, Schueller SM, Clarke G, Klinkman M. Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:332-8.
60. Sharp IR, Kobak KA, Osman DA. The use of videoconferencing with patients with psychosis: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10:14.
61. Martin-Khan M, Wootton R, Whited J, Gray LC. A systematic review of studies concerning observer agreement during medical specialist diagnosis using videoconferencing. *J Telemed Telecare*. 2011;17:350-7.
62. Johnston B, Yellowlees P. Telepsychiatry consultations in primary care coordinated by virtual care navigators. *Psychiatr Serv*. 2016;67:142.
63. Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, Farris KM, Normoyle TM, Avery MD, et al. Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27:525-39.
64. Shore J. The evolution and history of telepsychiatry and its impact on psychiatric care: current implications for psychiatrists and psychiatric organizations. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27:469-75.

¹ Programa de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ² Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ³ Programa de Saúde Mental da Mulher, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁴ Mood Disorders Program and Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, ON, Canadá. ⁵ Clinical Fellow, McMaster University, Hamilton, ON, Canadá. ⁶ Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG. ⁶ Diretor científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

65. Yellowlees P, Richard Chan S, Burke Parish M. The hybrid doctor-patient relationship in the age of technology - telepsychiatry consultations and the use of virtual space. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27:476-89.
66. Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectr*. 2005;10:403-13.
67. van Ballegooijen W, Riper H, Cuijpers P, van Oppen P, Smit JH. Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16:45.
68. WMA. Statement on the ethics of telemedicine [Internet]. [cited 2016 Mar 08]. [wma.net/en/30publications/10policies/t3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://wma.net/en/30publications/10policies/t3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
69. Hungerbuehler I, Leite RFM, Bilt MTV, Gattaz WF. A randomized clinical trial of home-based telepsychiatric outpatient care via videoconferencing: design, methodology, and implementation. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2015;42:76-8.
70. Chipps J, Ramlall S, Madigoe T, King H, Mars M. Developing telepsychiatry services in KwaZulu-Natal -- an action research study. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2012;15:255-63.
71. World Psychiatric Association. Psychiatry, medicine and primary care [Internet]. [cited 2016 Mar 08]. wpanet.org/detail.php?section_id=7&category_id=25&content_id=1293
72. Junior JR, Rocha R. Psiquiatria da mulher. Programa de atualização em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2015.
73. Guidance for effective discipline. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *Pediatrics*. 1998;101:723-8.
74. Kingston D, McDonald S, Biringer A, Austin MP, Hegadoren K, McDonald S, et al. Comparing the feasibility, acceptability, clinical-, and cost-effectiveness of mental health e-screening to paper-based screening on the detection of depression, anxiety, and psychosocial risk in pregnant women: a study protocol of a randomized, parallel-group, superiority trial. *Trials*. 2014;15:3.
75. LaRocco-Cockburn A, Melville J, Bell M, Katon W. Depression screening attitudes and practices among obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2003;101:892-8.
76. Kerker BD, Storer-Isser A, Stein RE, Garner A, Szilagyi M, O'Connor KG, et al. Identifying maternal depression in pediatric primary care: changes over a decade. *J Dev Behav Pediatr*. 2016;37:113-20.
77. Kingston D, Austin MP, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, et al. Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *J Affect Disord*. 2015;186:350-7.
78. Magann EF, McKelvey SS, Hitt WC, Smith MV, Azam GA, Lowery CL. The use of telemedicine in obstetrics: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66:170-8.
79. Meltzer-Brody S, Boschloo L, Jones I, Sullivan PF, Penninx BW. The EPDS-Lifetime: assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:465-73.