

## **Comitê de Prática Obstétrica**

*Trata-se de documento elaborado pelo comitê americano de Obstetrícia com o objetivo de melhorar o rastreamento da depressão perinatal.*

### **Rastreamento da depressão perinatal**

A depressão perinatal, que inclui episódios depressivos maiores e menores ocorridos durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto, é uma das complicações médicas mais comuns durante a gravidez e no período pós-parto, afetando uma em cada sete mulheres. É importante identificar mulheres grávidas e puérperas com depressão porque a depressão perinatal não tratada e outros transtornos de humor podem ter efeitos devastadores sobre as mulheres, os bebês e as famílias. Vários instrumentos de rastreamento foram validados para uso durante a gravidez e no período pós-parto. Embora a evidência definitiva de benefício seja limitada, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomenda que os médicos examinem os pacientes pelo menos uma vez durante o período perinatal avaliando os sintomas de depressão e ansiedade usando uma ferramenta padronizada e validada. A equipe clínica em obstetrícia e ginecologia deve estar preparada para iniciar a terapia médica, encaminhar os pacientes para os recursos de saúde comportamental apropriados, quando indicados, ou ambos.

A depressão, o transtorno de humor mais comum na população em geral, é aproximadamente duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, com seu pico durante os anos de idade reprodutiva. Portanto, não é surpreendente que a depressão perinatal, seja uma das complicações médicas mais comuns durante a gravidez e pós-parto, afetando uma em cada sete mulheres. A depressão perinatal geralmente não é reconhecida porque alterações no sono, apetite e libido podem ser atribuídas à gravidez normal e às alterações pós-parto. Além de os médicos não reconhecerem esses sintomas, as mulheres podem relutar em relatar mudanças no humor. Em um pequeno estudo, menos de 20% das mulheres nas quais a depressão pós-parto foi diagnosticada relataram seus sintomas a um profissional de saúde.

É importante que os médicos perguntem à gestante ou puérpera sobre seu humor. Consultas de recém-nascidos também podem ser uma oportunidade para perguntar a uma mãe sobre seu humor. Os profissionais de obstetrícia devem colaborar com seus colegas pediátricos para facilitar o tratamento de mulheres com distúrbios de humor identificados durante o cuidado do recém-nascido.

A ansiedade é uma característica proeminente dos transtornos de humor perinatais, assim como a insônia. Pode ser útil perguntar a uma mulher se ela está tendo pensamentos intrusivos ou assustadores ou se é incapaz de dormir mesmo quando seu bebê está dormindo. Questionar estas mulheres sobre depressão ou ansiedade atuais, história de transtornos de humor perinatais ou fatores de risco para transtornos de humor perinatais (VER item 1) pode auxiliar num bom monitoramento. Essas mulheres podem se beneficiar de intervenções psicológicas e psicossociais baseadas em evidências e, em alguns casos, terapia farmacológica para reduzir a incidência e a carga da depressão perinatal. Se houver preocupação de que a paciente sofra de mania ou transtorno bipolar, ela deve ser encaminhada a um psiquiatra antes de iniciar a terapia médica porque a monoterapia com antidepressivos pode desencadear mania ou psicose. Os sintomas de mania incluem autoestima ou grandiosidade infladas, sentir-se descansado após apenas 3 horas de sono ou se envolver em comportamentos de risco que preocupam seus amigos e familiares.

### **Item 1**

- Fatores de risco para depressão durante e a gravidez

Ansiedade materna

Rotina estressante

Histórico de Depressão

Falta de suporte social

Gravidez não planejada

Violência Doméstica

Baixa renda

Baixo nível social

Tabagismo

Estado civil solteira

Relacionamento conjugal ruim

➤ Fatores de risco para depressão pós parto

Depressão durante a gravidez

Ansiedade durante a gravidez

Experiências estressantes durante a gravidez ou em pós parto recente

Experiência traumática no parto

Parto pré termo/necessidade de UTI neonatal

Baixo nível social

História prévia de depressão

Problemas para amamentação

Vários instrumentos de rastreamento foram validados para uso durante a gravidez e no período pós-parto para auxiliar na identificação sistemática de pacientes com depressão perinatal (Tabela 1).

<b>Questionários de Triagem</b>	<b>Número de itens</b>	<b>Tempo para conclusão</b>	<b>Sensibilidade e Especificidade</b>
Escala de Edimburgo de Depressão Pós Natal	10	Menos que 5 minutos	Sensibilidade 59–100% Especificidade 49–100%
Escala para Screening de Depressão Pós Natal	35	5–10 minutos	Sensibilidade 91–94% Especificidade 72–98%
Questionário de Saúde do Paciente número 9	9	Menos do que 5 minutos	Sensibilidade 75% Especificidade 90%
Inventário de Depressão Aaron Beck	21	5–10 minutos	Sensibilidade 47.6–82% Especificidade 85.9–89%
Inventário de Depressão Aaron Beck II	21	5–10 minutos	Sensibilidade 56–57% Especificidade 97–100%
Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos	20	5–10 minutos	Sensibilidade 60% Especificidade 92%
Escala de Depressão auto aplicável de Zung	20	5–10 minutos	Sensibilidade 45–89% Especificidade 77–88%

A escala de Edimburgo de Depressão Pós-natal consiste em 10 itens auto relatados, e que leva menos de 5 minutos para ser concluída, sendo traduzida para 12 idiomas, com baixa necessidade de leitura e fácil de pontuar. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo inclui sintomas de ansiedade, que são uma característica proeminente dos transtornos de humor perinatais, e exclui sintomas constitucionais de depressão, como mudanças nos padrões de sono, comuns na gravidez e no período pós-parto.

### Escala de Edimburgo de Depressão Pós-parto (EPDS)

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

1. Nos últimos 7 dias:

- Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas tanto como antes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes

- Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

PDS – 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 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

Com exceção do Patient Health Questionnaire 9 e da Edinburgh Postnatal Depression Scale, outros instrumentos têm pelo menos 20 questões e, portanto, requerem mais tempo para completar e pontuar. Como em qualquer teste de triagem, os resultados devem ser interpretados dentro do contexto clínico. Uma pontuação normal para uma paciente chorosa com afeto pleno não exclui a depressão; uma pontuação elevada no contexto de um evento estressante agudo pode se resolver com um acompanhamento rigoroso.

## Conclusões

- Embora a evidência definitiva de benefício seja limitada, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (o Colégio) recomenda que os médicos pesquisem pacientes pelo menos uma vez durante o período perinatal para sintomas de depressão e ansiedade usando uma ferramenta padronizada e validada.
- Mulheres com depressão ou ansiedade atuais, história de transtornos de humor perinatais ou fatores de risco para transtornos de humor perinatais garantem monitoramento, avaliação e avaliação particularmente próximos.

- Embora o rastreamento seja importante para detectar depressão perinatal, o rastreamento por si só é insuficiente para melhorar os desfechos clínicos e deve ser acompanhado de acompanhamento e tratamento adequados quando indicado; A equipe clínica em obstetrícia e ginecologia deve estar preparada para iniciar a terapia médica, encaminhar os pacientes para os recursos de saúde comportamental apropriados, quando indicados, ou ambos.
- Devem existir formas sistemáticas para garantir o acompanhamento diagnóstico e de tratamento.

Disponível em:

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression>

<https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co630.pdf?dmc=1&ts=20180614T1957548811>