

RECOMENDAÇÕES PARA UMA PRÁTICA CLÍNICA BASEADA NA EVIDÊNCIA PREVENÇÃO, RASTREIO E TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA PERINATAL (PDP)

VERSÃO reduzida/breve



Funded by
the European Union



RISEUP-PPD
Research Network
in PeriPartum
Depression Disorder



CINEICC

Relações,
Desenvolvimento &
Saúde



Esta página foi intencionalmente deixada em branco



O documento completo das
**RECOMENDAÇÕES PARA UMA PRÁTICA CLÍNICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PRE-
VENÇÃO, RASTREIO E TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA PERINA-
TAL (PDP)**

está disponível em:

<https://www.riseupppd18138.com/clinical-practice-guidelines.html>

Esta publicação é baseada no trabalho da
AÇÃO COST Research Innovation and Sustain-
able Pan-European Network in Peripartum

Depression Disorder (Riseup-PPD), CA18138,
apoiada pela Associação COST (Cooperação
Europeia em Ciência e Tecnologia)



A tradução e edição da versão portuguesa das “RECOMENDAÇÕES PARA UMA PRÁTICA CLÍNICA BASEADA NA EVIDÊNCIA, NA PREVENÇÃO, RASTREIO E TRATAMENTO DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA PERINATAL (PDP)” teve o apoio do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Tradução realizada por:

Ana Ganho-Ávila, Psicóloga Clínica, investigadora doutorada do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Mariana Moura-Ramos, Psicóloga Clínica, investigadora doutorada do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Diretora do Serviço de Psicologia Clínica da Unidade Local de Saúde de Coimbra

Ana Margarida Ferreira, Mestre em Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Correspondência relacionada com a edição portuguesa deve ser enviada para:

Ana Ganho-Ávila
ganhoavila@fpce.uc.pt



As recomendações para a prática clínica presentes neste documento foram desenvolvidas para apoiar decisões na área da saúde, orientando os profissionais para intervenções baseadas na evidência e promovendo a tomada de decisão compartilhada com as mulheres no período perinatal. As recomendações foram elaboradas a partir da revisão sistemática da evidência científica e da avaliação dos benefícios e riscos das diferentes opções de tratamento. Assim, todas as recomendações devem ser consideradas dentro dos protocolos de intervenção disponíveis na literatura e que se encontram, de alguma for-

ma, também descritas nas seções de síntese da literatura deste documento. No entanto, mesmo as recomendações fortes, podem não se aplicar a todas as circunstâncias e pacientes. Além disso, algumas recomendações podem refletir dificuldades na acessibilidade e disponibilidade de tratamentos psicológicos ou a resistência das mulheres aos tratamentos farmacológicos ou psicológicos. Importa notar que as recomendações para a prática clínica não substituem o julgamento clínico no diagnóstico e no cuidado personalizado, considerando as circunstâncias específicas de cada paciente.



Índice

A. // Desenvolvimento das recomendações	8
Âmbito das recomendações	9
Porque foram desenvolvidas estas recomendações?	9
Destinatários das recomendações	10
Desenvolvimento das recomendações	11
B. // Introdução	14
Definição, prevalência, impacto e custo da perturbação depressiva perinatal	15
Definição de perturbação depressiva perinatal	15
Prevalência e incidência	16
Fatores de risco para a PDP	17
Impacto da PDP	19
C. // Recomendações para a prática clínica: Lista resumida das recomendações	21
D. // Visão geral das recomendações clínicas	41
Figura 1. Visão geral das recomendações clínicas para intervenções durante a gravidez	42
Figura 2. Visão geral das recomendações clínicas para intervenções no período pós-parto	43
Figura 3. Fluxograma do percurso na gestão da PDP em contexto clínico	44
E. // Considerações finais	45
Apêndice 1. O Grupo de Desenvolvimento das Recomendações	48



Esta página foi intencionalmente deixada em branco



A. DESENVOLVIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES



A. // Desenvolvimento das recomendações

ÂMBITO DAS RECOMENDAÇÕES

Estas recomendações têm como objetivo sintetizar a evidência atual relativamente a intervenções que visam prevenir, rastrear e tratar a perturbação depressiva (unipolar) perinatal (PDP). As recomendações destinam-se a profissionais de saúde que, na sua prática clínica, acompanham mulheres que planeiam a gravidez, mulheres grávidas ou mulheres no primeiro ano após o parto. Na elaboração deste documento, foram tidas em conta as mulheres sem risco de desenvolver sintomatologia depressiva, mulheres com algum fator de risco e mulheres com sintomatologia atual.

Ao longo deste trabalho, o termo “mulheres” é utilizado. Reconhecemos que existem pessoas que não se identificam como mulheres e que estão a planear a sua gravidez ou em gestação. No entanto, uma vez que toda a evidência extraída neste trabalho diz respeito a mulheres, optámos por utilizar este termo, sempre que nos referirmos a pessoas grávidas.

Adicionalmente, há evidência crescente de que a PDP também pode afetar os pais. No entanto, a evidência ainda é insuficiente para desenvolver recomendações sobre o tratamento da PDP paterna.

PORQUE FORAM DESENVOLVIDAS ESTAS RECOMENDAÇÕES?

De forma a prevenir a PDP e oferecer um rastreio oportuno seguido de um tratamento adequado, é essencial a existência de recomendações para a prática clínica que informem e ofereçam diversas alternativas de intervenção para todas as etapas, desde a prevenção, passando pelo rastreio, até ao tratamento. Uma revisão sistemática recente das recomendações para PDP em países europeus (Motrico et al., 2022) encontrou 14 recomendações para a prática clínica em 11 países (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Itália, Malta, Países Baixos, Noruega, Sérvia, Espanha e Reino Unido). Destas, apenas cinco recomendações foram classificadas com qualidade metodológica adequada, incluindo as recomendações da Finlândia, dos Países Baixos e três recomendações do Reino Unido. Em geral, a informação sobre prevenção, nestes documentos, era escassa. Além disso, apenas uma das recomendações (Finlândia) foi publicada nos últimos cinco anos. Ainda, nenhuma das recomendações existentes, incluindo a publicada em 2023 pelo American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) («Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During



Pregnancy and Postpartum», 2023; «Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023), se foca especificamente na PDP. Considerando que a PDP é a perturbação de saúde mental mais prevalente no período perinatal e dada a ampla evidência neste campo, recomendações atualizadas e baseadas na evidência sobre prevenção, rastreio e tratamento da PDP, são necessárias.

A Ação COST Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (Riseup-PPD) estabeleceu diversas linhas de ação (Fonseca et al., 2020) ao longo dos últimos quatro anos, nomeadamente, a identificação de recomendações para a prática clínica para a gestão da PDP, entre outras lacunas nesta área. A ausência de recomendações específicas para a PDP nos diferentes países europeus pode dar lugar a disparidades no tratamento da PDP na região Europeia e, conseqüentemente, a desigualdades no acesso a intervenções adequadas. Isto é especialmente evidente no que refere a recomendações para o tratamento farmacológico. De facto, uma síntese recente das recomendações clínicas Europeias (CPGs), para antidepressivos e outros medicamentos psicotrópicos, destacou disparidades nas recomendações disponíveis e a necessidade de se estabelecerem CPGs baseadas na evi-

dência (Kittel-Schneider et al., 2022). Como resultado, desenvolvemos este documento baseado na evidência disponível, com base na vasta literatura internacional. Além disso, contamos com a expertise de clínicos, investigadores e eticistas de vários países europeus e com a colaboração de uma associação de representantes de mulheres.

DESTINATÁRIOS DAS RECOMENDAÇÕES

Estas recomendações têm como público-alvo principal profissionais de saúde mental (PSM) (psiquiatras, psicólogos, profissionais de medicina psicossomática, enfermeiros de saúde mental e outros), outros profissionais de saúde, incluindo enfermeiros/as de outras especialidades e não especialistas, enfermeiros/as parteiras, obstetras/ginecologistas, pediatras, médicos de família, assistentes farmacêuticos e outros que desempenham papéis-chave no desenvolvimento e implementação de intervenções para a prevenção, rastreio ou tratamento da PDP. Outros públicos-alvo para estas recomendações incluem políticos, economistas, legisladores e organizações sem fins lucrativos, incluindo organizações de pacientes, que podem estar envolvidos nas decisões sobre financiamento, desenvolvimento e implementação de intervenções para prevenir, rastrear ou tratar



a PDP.

As intervenções apresentadas nestas recomendações abrangem uma ampla diversidade de estratégias, incluindo intervenções biológicas, como farmacoterapia e estimulação cerebral não-invasiva, intervenções psicológicas e psicossociais, e outras intervenções não convencionais e complementares na PDP.

DESENVOLVIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento das recomendações baseou-se no procedimento recomendado pela GRADE (Schünemann et al., 2013). Este enquadramento oferece um sistema de classificação da qualidade científica disponível em revisões sistemáticas e outros documentos de síntese, apoiando o desenvolvimento de recomendações baseadas na evidência. A evidência científica, para cada pergunta-chave, foi sintetizada e é apresentada neste documento, em formato de texto e resumo.

Para avaliar a qualidade da evidência, foram utilizados os quatro níveis do sistema GRADE (alta, moderada, baixa e muito baixa). Inicialmente, os membros do Grupo de desenvolvimento das Recomendações (RU-GDG), organizados em pares de peritos, classificaram cada estudo relativamente aos fatores que afetam a qualidade da evidência. De acordo com o manual GRADE,

a classificação da qualidade da evidência deve ser revista para níveis inferiores, sempre que presentes um ou mais dos seguintes cinco fatores: limitações no desenho ou execução do estudo (risco de enviesamento), inconsistência dos resultados, inconsistência na direção dos resultados, imprecisão dos resultados e enviesamento de publicação. Por outro lado, a qualidade da evidência deve ser revista para níveis superiores, sempre que presentes um ou mais dos seguintes fatores: uma magnitude de efeito forte, controlo de variáveis confundentes e a presença de gradientes de dose-resposta. Seguindo o sistema GRADE, foram utilizados dois tipos de recomendações: recomendações fortes e recomendações fracas.

Uma recomendação forte é sugerida quando o RU-GDG encontrou evidências fortes de que os efeitos desejáveis superam consideravelmente os indesejáveis. Uma recomendação fraca é sugerida quando o RU-GDG não tem certezas sobre o equilíbrio entre os efeitos desejáveis e indesejáveis e os fatores que o sustentam, sendo, portanto, necessária maior cautela.

Adicionalmente, um Ponto de Boa Prática (PBP) foi adicionado quando existe uma recomendação baseada na melhor prática, de acordo com a experiência clínica do RU-GDG.



Tabela 2. Tipos de recomendações

Recomendação forte para a intervenção	Os benefícios claramente superam os malefícios/riscos. A grande maioria das mulheres beneficiará com esta intervenção e, portanto, deverá recebê-la.
Recomendação fraca para a intervenção	Existe alguma incerteza em relação ao equilíbrio entre os benefícios e os malefícios/riscos, embora seja esperado que algumas mulheres beneficiem com esta intervenção. O benefício pode ser incerto e será variável de acordo com as características da mulher, bem como os seus valores, preferências e circunstâncias pessoais. Adicionalmente, são considerados os recursos contextuais que determinam a indisponibilidade/inacessibilidade de intervenções de maior qualidade. Quando uma intervenção é fracamente recomendada, sugere-se especial atenção na garantia de uma tomada de decisão personalizada e partilhada entre o/a profissional de saúde e a mulher, de forma a promover uma decisão de saúde mais adequada a cada caso.
Sem recomendação	Não há evidência suficiente para fazer uma recomendação.
Recomendação forte contra a intervenção	Os malefícios/riscos claramente superam os benefícios. A maioria das mulheres não beneficiará desta intervenção e, portanto, não deve recebê-la.
Recomendação fraca contra a intervenção	Existe alguma incerteza em relação ao equilíbrio entre os benefícios e os malefícios/riscos, e espera-se que apenas algumas mulheres beneficiem com esta intervenção. O benefício pode ser incerto e será variável de acordo com as características da mulher, bem como os seus valores, preferências e circunstâncias pessoais. Quando uma intervenção é fracamente recomendada, sugere-se especial atenção na garantia de uma tomada de decisão personalizada e partilhada entre o/a profissional de saúde e a mulher, de forma a apoiar a decisão de saúde mais adequada a cada caso.
Recomendado em contexto de investigação	Não existe evidência disponível suficiente para recomendar o uso (ou não uso) da intervenção, mas há um grande potencial de investigação para reduzir a incerteza sobre os efeitos da intervenção a um custo razoável.
PBP	Recomendação para a melhor prática clínica com base na experiência dos membros do RU-GDG.



As recomendações são apresentadas com os seguintes formatos e símbolos:

Tabela 3. Exemplo da tabela de recomendações

Recomendação geral	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentário
Texto da recomendação	Forte ou Fraca	Alta ⊕⊕⊕⊕ Moderada ⊕⊕⊕○ Baixa ⊕⊕○○ Muito baixa ⊕○○○	Comentário que fornece informações adicionais sobre a recomendação



B. INTRODUÇÃO



B. // Introdução

DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA, IMPACTO E CUSTO DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA PERINATAL

Definição de perturbação depressiva perinatal

A perturbação depressiva perinatal (PDP) é formalmente definida como um episódio de perturbação depressiva major unipolar (PDM) com início durante a gravidez ou até quatro semanas após o parto (American Psychiatric Association (APA)., 2013). No entanto, vários estudos nesta área mostram que a PDP pode ocorrer até um ano após o parto (Gavin et al., 2005; Gelaye et al., 2016). Para o propósito deste documento, o RU-GDG adotou a definição ampla de PDP, incluindo a gravidez e o pós-parto até um ano após o parto. Os sintomas da PDP são semelhantes aos da PDM fora do contexto do período perinatal. De acordo com o sistema de classificação do DSM-5, o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (PDM) requer a presença de pelo menos cinco sintomas, sendo que um deles deve obrigatoriamente ser um humor deprimido ou a perda de interesse, ou prazer em quase todas as atividades. Os sintomas adicionais podem incluir: alterações significati-

vas no peso ou no apetite, distúrbios do sono (insónia ou hipersónia), fadiga ou perda de energia, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração ou na tomada de decisões e pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação suicida. (American Psychiatric Association, 2013).

Embora a PDP não seja considerada uma entidade separada da PDM, evidência crescente suporta a existência de sintomas típicos na PDP quando comparados com a PDM. Estes sintomas incluem aumento da ansiedade, sintomas psicomotores, pensamentos obsessivos, concentração/tomada de decisão prejudicadas, fadiga, perda de energia, e culpa específica associada à maternidade. Por outro lado, quando comparada com a PDM, a tristeza e a ideação suicida estão menos presentes (Beck & Indman, 2005; Hoertel et al., 2015; Kettunen et al., 2014). A possibilidade da depressão durante a gravidez ser distinta da depressão no período pós-parto ainda é pouco estudada, embora haja alguma evidência de que apresentam sintomas diferentes (Batt et al., 2020; Di Florio & Meltzer-Brody, 2015). A literatura sugere também que a apresentação sintomatológica da PDP pode divergir em diferentes culturas (Di Florio et al., 2017).

É importante diferenciar a PDP do “blues



pós-parto”, que ocorre em até 50% das mulheres no pós-parto, nomeadamente, nos primeiros dez dias após o parto (Chechko et al., 2023). O “blues pós-parto” não é considerado uma perturbação mental tendo em conta que é um estado transitório e uma condição não incapacitante, não requerendo, portanto, intervenção profissional adicional.

Prevalência e incidência

A prevalência da depressão na gravidez também tem sido extensivamente estudada. De acordo com uma revisão sistemática e meta-análise recente (Yin et al., 2021), a prevalência agrupada de qualquer tipo de depressão durante a gravidez, em 173 estudos, foi de 20,7%, e a prevalência agrupada de depressão maior foi de 15,0%. Globalmente, os países de rendimento elevado mostraram uma taxa de prevalência de depressão durante a gravidez de 8,1%. Na região europeia esta prevalência é de 17,9%. Ao analisar diferentes fases da gravidez, a prevalência de depressão é de 21,2% no primeiro trimestre, 15,8% no segundo trimestre e 18,9% no terceiro trimestre.

A prevalência da depressão pós-parto varia entre países e regiões e são vários os fatores que influenciam a sua ocorrência. De acordo com uma meta-análise realizada por Wang et al. (2021), incluindo

do 565 estudos de 80 países diferentes, a taxa global de prevalência de depressão pós-parto é de aproximadamente 17,4%. Na Europa, a prevalência de sintomas depressivos moderados a graves por região é diversa. Durante a gravidez, essa taxa varia entre 3,5% no Norte da Europa, 4,9% na Europa Ocidental e 5,9% na Europa de Leste. No pós-parto, varia entre 3,3% no Norte da Europa, 5,8% na Europa de Leste e 6,1% na Europa Ocidental.

A utilização de diferentes instrumentos de avaliação parece influenciar as taxas de prevalência encontradas para a depressão pós-parto. A Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) resultou na taxa de prevalência mais elevada de 37,2%, enquanto que a Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) teve a taxa de prevalência mais baixa de 10,1%. A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) foi a ferramenta diagnóstica mais utilizada, com uma taxa de prevalência de 16,9%.

O tamanho da amostra dos estudos agrupados pode também influenciar as taxas de prevalência da depressão pós-parto. De uma forma geral, estudos com mais de 1.000 participantes reportam taxas de prevalência mais baixas (13,0%) em comparação com estudos com menos de 1.000 participantes (19,4%).



A prevalência global da depressão pós-parto também varia ao longo de diferentes períodos após o parto, sendo maior nos primeiros 1-3 meses (17,7%), seguida por 3-6 meses (15,3%), 6-12 meses (18,2%) e mais de 12 meses (18,0%).

Outro preditor influente encontrado por Z. Wang et al. (2021) é o nível de desenvolvimento económico e social do país. Países desenvolvidos ou regiões de elevado desenvolvimento apresentam taxas mais baixas de depressão pós-parto. Adicionalmente, a prevalência de depressão pós-parto parece ser influenciada por variações culturais, diversidade dos métodos de recolha de dados, diferentes pontos de vista sobre questões de saúde mental, estigma associado à saúde mental, classe socioeconómica, pobreza, acesso limitado a serviços de apoio social, nutrição deficiente, níveis elevados de stresse e fatores biológicos.

Fatores de risco para a PDP

Os fatores de risco para a PDP são frequentemente considerados nos domínios biológico, psicossocial e ambiental («Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023). Os principais fatores de risco para a depressão antenatal são o baixo estatuto socioeconómico, a

gravidez não planeada, história de perturbação mental e experiência de violência (Míguez & Vázquez, 2021; Yin et al., 2021). Alguns dos fatores acima, mas também a presença de síndrome pré-menstrual (SPM) na história clínica, variações do polimorfismo 5-HTTLPR, antecedentes de diabetes gestacional e anemia durante a gravidez, bem como parto distócico (instrumentado ou por cesariana) e parto-pré termo constituem fatores de risco para a depressão pós-parto (Gastaldon et al., 2022; Hutchens & Kearney, 2020). Por outro lado, uma redução muito acentuada dos níveis hormonais após o parto parece contribuir para a depressão pós-parto, comparativamente às mudanças hormonais durante a gravidez que são mais graduais. Um estudo com humanos utilizando Tomografia por Emissão de Positrões (PET), no período imediato após o parto, bem como modelos animais, mostram uma relação inversa entre os níveis de estradiol e a expressão do gene da monoamina oxidase A (MAO-A) e que esta relação e a atividade MAO-A contribuem para a depressão pós-parto. Estas são as primeiras indicações de como a queda abrupta nos níveis hormonais após o parto pode contribuir para o desenvolvimento de depressão através do aumento da de-



gradação de neurotransmissores como a serotonina. Relativamente à gravidez, há ainda menos evidência, uma vez que estudos em humanos durante este período são mais desafiantes do ponto de vista ético, comparativamente aos estudos no período pós-parto. O nível de progesterona, que aumenta 20 vezes durante a gravidez, volta ao nível do ciclo menstrual alguns dias após o parto (para uma visão geral, consultar Sacher et al., 2020). Este fenómeno parece desencadear flutuações no equilíbrio neurotransmissor e contribuir para a sintomatologia depressiva, mas a evidência é ainda pouca.

Os primeiros estudos que examinaram mudanças estruturais no cérebro durante e após a gravidez focaram-se na glândula pituitária como um órgão de controle do eixo do stresse e, através de análises regionais, mostraram um aumento no volume cerebral durante o final da gravidez e os primeiros dias após o parto, em comparação com o início da gravidez e o período mais tardio após o parto. Dados de neuroimagem mostraram plasticidade do volume de substância cinzenta após a gravidez. A comparação de dados estruturais antes do parto e antes da concepção mostra uma diminuição significativa do volume do cérebro e um aumento do volume dos ventrículos, enquanto que

a comparação das imagens pré-natais com os seis meses após o parto indicou um aumento no volume do cérebro e dos ventrículos. Estas mudanças dinâmicas e inicialmente fisiológicas parecem contribuir para o desencadeamento de sintomas depressivos em mulheres vulneráveis, mas ainda não existem dados consistentes em relação à depressão na gravidez. Existem outros potenciais mecanismos de risco biológico que foram associados à depressão pós-parto, nomeadamente menores níveis de Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) no sangue (Y. Lee et al., 2021), maior sensibilidade às flutuações periportais de progesterona/alopregnanolona (Rathi et al., 2022), história clínica de (SPM) (Hahn et al., 2021) e alterações no cortisol (capilar) (Stickel et al., 2021).

Estudos recentes mostram, por um lado, uma grande sobreposição genética com a depressão unipolar em geral, e por outro, genes distintos associados à PDP, como, por exemplo, genes expressos no tecido ovárico. A identificação dos mecanismos neurobiológicos da PDP poderia contribuir para o desenvolvimento de biomarcadores preditivos e a identificação de novos alvos de prevenção e tratamento no futuro (Kiewa et al., 2022).



Impacto da PDP

Impacto nas mães, crianças e família

A literatura mostra o impacto negativo da PDP nas mães e famílias (Rodríguez-Muñoz et al., 2023). A PDP afeta a mãe e o seu bem-estar, e caracteriza-se por sintomas como culpa, perda de interesse, vergonha, irritabilidade ou até ideação suicida (Fonseca et al., 2020; Legazpi et al., 2022). Adicionalmente, a literatura identificou a associação entre a PDP e a presença de comportamentos negativos durante o período perinatal, entre os quais o tabagismo, abuso de substâncias e uma pior adesão às rotinas de cuidados médicos (Marcos-Nájera et al., 2020; Slomian et al., 2019).

A literatura mostra que crianças de mães com sintomas de depressão têm maior probabilidade de ter uma gestação mais curta, um peso mais baixo ao nascimento, menor índice de Apgar e mais tempo nos serviços de neonatologia (Aoyagi & Tsuchiya, 2019; Dowse et al., 2020; Slomian et al., 2019). Ainda, a sintomatologia depressiva das mães está associada a dificuldades na interação mãe-filho, incluindo no vínculo e na amamentação. Por fim, problemas associados ao papel materno, parecem ser mais frequentes em mulheres que apresentam sintomas depressivos (Höflich et al., 2022;

Nakić Radoš et al., 2023; Slomian et al., 2019).

Estudos mostram que as consequências da PDP materna na infância podem incluir problemas emocionais, comportamentais, cognitivos e linguísticos ou necessidades educativas especiais (Bauer et al., 2015; Slomian et al., 2019). Por outro lado, os efeitos negativos da depressão pós-parto materna têm também impacto sobre o pai. Estes estão especialmente relacionados com um maior risco de dificuldades relacionais, incluindo baixa satisfação conjugal, dificuldades em lidar com emoções maternas (D. Wang et al., 2021) e depressão paterna (Thiel et al., 2020). Em suma, a evidência mostra os efeitos prejudiciais da PDP materna para a mãe, recém-nascido/criança, companheiro e família no geral.

Impacto no contexto mais alargado/sociedade

Para além das consequências da PDP para a mãe, a criança e para as suas famílias, é importante notar que a PDP está associada a custos económicos significativos para a sociedade. Num relatório económico, Bauer et al. (2016) examinaram as consequências e custos da ansiedade e depressão perinatal, em mulheres grávidas e até 12 meses após o parto. Os autores utilizaram uma abordagem de “modelação de decisão” e



adotaram uma perspectiva ao longo da vida, o que significa que os custos incluíram despesas relacionadas com a mãe e a criança ao longo da vida. Os resultados mostraram o custo elevado da PDP, estimado em mais de £75.000 (cerca de €88.000 em 2023) por mulher diagnosticada.

Os autores identificaram que a maioria dos custos estava relacionada não com a mãe, mas com o impacto adverso da PDP na criança e no seu desenvolvimento. Os custos relacionados com a mãe estão associados a despesas de saúde e assistência

social (suportadas sobretudo pelo setor público), perda de produtividade e perda de qualidade de vida relacionada com a saúde. Os custos relacionados com a criança estão associados a cuidados de saúde, dificuldades ao nível do desenvolvimento e questões de saúde mental e educacionais. Este estudo destacou o elevado custo da doença mental no período perinatal e sugere que as ações empreendidas para prevenir a depressão neste período poderão ser economicamente eficazes, especialmente para o setor público (Bauer et al., 2015).



**C. RECOMENDAÇÕES
PARA A PRÁTICA CLÍNICA:
LISTA RESUMIDA DAS
RECOMENDAÇÕES**



C. // Recomendações para a prática clínica: Lista resumida das recomendações

#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Prevenção da PDP				
Intervenções preventivas psicológicas e psicossociais				
1	Intervenções psicológicas e psicossociais para prevenir a PDP tem uma recomendação forte, em mulheres grávidas e no pós-parto com risco de desenvolver PDP, bem como em mulheres grávidas e no pós-parto sem sintomas e sem fatores de risco conhecidos.	Forte	Moderada ⊕⊕⊕○	Embora haja evidência moderada relativamente a intervenções psicológicas e psicossociais, não há informação sobre a relação custo-eficácia destas intervenções. Esta informação deve ser considerada na tomada de decisão acerca da implementação de intervenções preventivas.
2	Intervenções psicológicas para prevenir a PDP em mulheres com sintomas depressivos subclínicos, na gravidez e no pós-parto, tem uma recomendação fraca.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	A recomendação é fraca, dada a falta de evidência sobre a eficácia de intervenções preventivas em mulheres com sintomas subclínicos. Embora intervenções preventivas possam ter efeitos positivos, a eficiência na prevenção da PDP em mulheres com sintomas subclínicos é incerta.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Intervenções preventivas psicofarmacológicas				
3	Não usar antidepressivos para a prevenção da depressão, no pós-parto, em mulheres com história anterior de depressão, tem uma recomendação forte.	Forte	Baixa ⊕⊕○○	A evidência que suporta a iniciação de terapêutica antidepressiva após o parto para a prevenção da depressão pós-parto é limitada.
4	Não usar antidepressivos para a prevenção da depressão, na gravidez tem uma recomendação forte.	Forte	Muito baixa ⊕○○○	Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia de antidepressivos na prevenção da depressão antenatal.
Intervenções preventivas com suplementos alimentares				
5	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso de suplementos alimentares para prevenir a PDP na gravidez e no pós-parto.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que apoie o efeito dos suplementos alimentares para prevenir a PDP.
Intervenções preventivas baseadas na atividade física				
6	A atividade física para prevenir a PDP, na gravidez e no pós-parto, na população geral, tem uma recomendação fraca.	Fraca	Moderada ⊕⊕⊕○	A literatura examinada não informa sobre os fatores de risco das amostras em estudo. Existem populações que podem ter condições médicas para as quais a atividade física pode ser prejudicial.
Intervenções para o rastreio da PDP				
Intervenções para o rastreio da PDP				
7	Os programas de rastreio para a PDP, na gravidez e no pós-parto, na população geral, têm uma recomendação forte.	Forte	Moderada ⊕⊕⊕○	Devido a considerações éticas, o rastreio deve ser implementado, desde que seja possível garantir um diagnóstico, tratamento e acompanhamento apropriados.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Programas de rastreio para mulheres de alto risco				
8	Os programas de rastreio para a PDP, na gravidez e no pós-parto, em mulheres de alto risco, têm uma recomendação fraca.	Fraca	Muito baixa ⊕○○○	Rastrear as mulheres para a PDP é importante e deve acontecer sempre depois da mulher receber informações sobre como interpretar os resultados do rastreio e sobre que intervenções preventivas podem ser oferecidas.
Intervenções para o tratamento da PDP				
Tratamento psicológico				
9	A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento de sintomas depressivos na gravidez e no pós-parto, tem uma recomendação forte.	Forte	Alta ⊕⊕⊕⊕	A maioria das mulheres considera o tratamento psicológico aceitável e satisfatório. A principal vantagem é que, para a maioria das mulheres, quaisquer efeitos indesejados provavelmente serão insignificantes e não são esperados efeitos adversos para a mulher ou para o feto/recém-nascido.
10	A terapia cognitivo-comportamental (TCC) de terceira geração, incluindo ativação comportamental e técnicas de mindfulness, para o tratamento de sintomas depressivos na gravidez e no pós-parto, tem uma recomendação fraca.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	Existe escassez de informação relativamente à aceitabilidade e satisfação com as terapias TCC de terceira geração. No entanto, não são esperados efeitos indesejáveis e adversos para a mulher ou para o feto/recém-nascido.
11	A terapia interpessoal (TIP) para o tratamento de sintomas depressivos na gravidez e no pós-parto, tem uma recomendação fraca.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	Há uma escassez de informação relativamente à aceitabilidade e satisfação com a TIP. No entanto, não são esperados efeitos indesejáveis e adversos para a mulher ou para o feto/recém-nascido.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Tratamento farmacológico				
Gravidez				
12	A medicação antidepressiva na gravidez, tem uma recomendação forte, após uma cuidadosa ponderação individualizada da relação risco-benefício, tendo em conta a situação específica de cada mulher e feto. A tomada de decisão sobre a medicação antidepressiva deve ter em consideração a história de recorrência de depressão, a gravidade dos sintomas, a resposta anterior à medicação e a preferência individual.	Forte	Baixa ⊕⊕○○	Não foi encontrada evidência sobre a eficácia da medicação antidepressiva na gravidez. Existe evidência moderada sobre a segurança reprodutiva dos antidepressivos na gravidez em relação à mulher e à criança. Uma avaliação individual do risco-benefício da é necessária para cada mulher. A medicação antidepressiva deve ser considerada em mulheres com sintomas depressivos moderados a graves ou após ausência de resposta a intervenções não farmacológicas.
13	A não interrupção da medicação antidepressiva em mulheres com depressão grave e/ou recorrente na gravidez tem uma recomendação forte, devido ao aumento do risco de recaída.	Forte	Baixa ⊕⊕○○	A evidência suporta o aumento do risco de recaída da sintomatologia de depressão quando a medicação antidepressiva é interrompida, especialmente na depressão grave ou recorrente.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
14	Uma monitorização regular dos sintomas e do risco de recaída na gravidez, nas mulheres que optem por interromper a medicação antidepressiva, ao tomarem conhecimento da sua gravidez, tem uma recomendação forte.	Forte	Baixa ⊕⊕○○	A evidência suporta o aumento do risco de recaída da sintomatologia de depressão quando a medicação antidepressiva é interrompida, especialmente na depressão grave ou recorrente.
15	Recomenda-se o tratamento com antidepressivos na gravidez, na menor dose eficaz e possivelmente como monoterapia.	PBP		
16	Recomenda-se a monitorização contínua e regular da medicação e a sua manutenção, num nível efetivo e baixo, durante a gravidez.	PBP		
17	Recomenda-se evitar a interrupção abrupta do antidepressivo quando a mulher toma conhecimento da sua gravidez.	PBP		



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
18	O fornecimento de informação pelo/a médico/a, na gravidez, sobre os possíveis riscos da exposição a antidepressivos para a saúde materno-infantil assim como sobre os possíveis riscos da exposição à depressão materna tem recomendação forte.	Forte	Moderada ⊕⊕⊕○	Tanto a depressão materna quanto a medicação antidepressiva na gravidez podem aumentar o risco de efeitos negativos múltiplos para a saúde da mãe e da criança. As mulheres devem ser informadas sobre os dois tipos de risco de forma a poderem tomar decisões informadas sobre o seu tratamento com antidepressivos. No entanto, não foi encontrada evidência sobre a eficácia das intervenções que visam informar as mulheres sobre os potenciais riscos e benefícios da medicação e os riscos da depressão pós-parto não tratada.
19	A monitorização regular na gravidez de todas as mulheres e fetos expostos a antidepressivos tem uma recomendação forte; o parto deve ocorrer num centro obstétrico especializado com unidade de cuidados intensivos neonatais.	Forte	Moderada ⊕⊕⊕○	Existe um risco elevado de adaptação neonatal inadequada ao nascimento, em recém-nascidos expostos a antidepressivos durante a gestação, assim como recém-nascidos de mães com perturbação depressiva em geral.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Pós-parto				
20	A medicação antidepressiva tem uma recomendação forte no tratamento da depressão no pós-parto, após uma cuidadosa ponderação individualizada da relação risco-benefício para cada mulher e para a criança, se a mãe estiver a amamentar. A tomada de decisão sobre a medicação antidepressiva deve considerar a história de recorrência e gravidade da depressão na mulher, a resposta anterior à terapêutica, as preferências individuais e a condição de saúde da criança amamentada.	Forte	Baixa ⊕⊕○○	Existem poucos dados disponíveis sobre a eficácia da medicação antidepressiva no pós-parto. No entanto, ao contrário dos dados de segurança reprodutiva sobre antidepressivos na gravidez, há substancialmente menos dados sobre a segurança, a curto e longo prazo, de crianças expostas a antidepressivos durante a amamentação. No entanto, o risco de depressão não tratada e os benefícios da amamentação sobre estes resultados negativos precisam de ser avaliados individualmente para cada mulher e criança. No caso de uma mulher optar por não amamentar, a evidência disponível quanto à eficácia do tratamento antidepressivo para a depressão pós-parto é fraca. No entanto, também não há risco para a criança que necessite de ser considerado.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
21	A brexanolona tem uma recomendação forte no pós-parto, para o tratamento da depressão moderada a grave, caso esteja disponível e seja aceite pela mulher como opção de tratamento.	Forte	Moderada ⊕⊕⊕○	A recomendação forte baseia-se na eficácia clínica desta intervenção. No entanto, deve-se considerar alguns aspetos que podem afetar a sua utilização: (i) a necessidade de cuidados hospitalares, o que pode ser menos aceitável para as mulheres devido à possibilidade de separação do recém-nascido; (ii) a interrupção da amamentação por 3 dias, o que também pode afetar a aceitabilidade da intervenção pelas mulheres; (iii) o custo muito elevado, tornando a intervenção menos acessível comparativamente a outras; (iv) escassez de evidência sobre a segurança da exposição do bebé à brexanolona através do leite materno. A brexanolona não está atualmente licenciada na Europa. Portanto, embora seja fortemente recomendada para casos moderados a graves de depressão, o seu uso requer uma cuidadosa discussão entre a mulher e o profissional de saúde.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Intervenções de Estimulação Cerebral não-invasiva				
Estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr)				
Gravidez				
22	A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) na gravidez tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Muito baixa ⊕○○○	A EMTr pode ser benéfica e os riscos de efeitos adversos para a mulher ou para o feto são improváveis. A evidência da sua eficácia é muito baixa. A recomendação considera que, em ambientes clínicos onde seja difícil o acesso a tratamentos psicológicos ou sempre que haja resistência por parte das mulheres a intervenções farmacológicas ou psicológicas, a EMTr pode ser uma alternativa de tratamento, se acessível e disponível, para mulheres com sintomas depressivos leves a moderados.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Pós-parto				
23	A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) no pós-parto tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	A EMTr pode ser benéfica e os riscos de efeitos adversos para a mulher ou para o recém-nascido são improváveis. A evidência sobre a sua eficácia é baixa. A recomendação considera que, em ambientes clínicos, onde seja difícil o acesso a tratamentos psicológicos ou sempre que haja resistência por parte das mulheres a intervenções farmacológicas ou psicológicas, a EMTr pode ser uma alternativa de tratamento, se acessível e disponível, para mulheres com sintomas depressivos leves a moderados.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC)				
Gravidez				
24	A estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) na gravidez tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	A ETCC pode ser benéfica, e os riscos de efeitos adversos para a mulher ou para o feto são improváveis. A evidência sobre a sua eficácia é baixa. A nossa recomendação considera que, em ambientes clínicos, onde seja difícil o acesso a tratamentos psicológicos, ou sempre que haja resistência por parte das mulheres a intervenções farmacológicas ou psicológicas, a ETCC pode ser uma alternativa de tratamento, se acessível e disponível, para mulheres com sintomas depressivos leves a moderados.
Pós-parto				
25	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso da estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) no tratamento da depressão no pós-parto.	Sem recomendação		Existe um único estudo de caso relatado numa revisão sistemática que demonstra a eficácia da ETCC na redução dos sintomas depressivos no pós-parto. Por este motivo, embora não se esperem efeitos prejudiciais no pós-parto, o RU-GDG considerou que não há evidência suficiente sobre a eficácia da ETCC em mulheres no pós-parto.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Terapia Eletroconvulsiva (TEC)				
Gravidez				
26	A terapia eletroconvulsiva (TEC) na gravidez tem uma recomendação forte para o tratamento da depressão grave resistente ou que represente risco de vida. O tratamento deve ser realizado sob supervisão obstétrica rigorosa.	Forte	Muito baixa ⊕○○○	A ECT é uma intervenção de ação relativamente rápida em casos graves de depressão durante a gravidez. Apesar dos riscos moderados de efeitos adversos para a mulher e para o feto, assim de como complicações na gravidez/ parto, os benefícios parecem superar os efeitos adversos quando as mulheres não respondem a tratamentos tradicionais ou necessitam de tratamento urgente, devido a situações que representem risco de vida. A ECT deve ser oferecida em hospitais especializados, a mulheres que apresentam depressão grave, com ou sem características psicóticas, e que não responderam a tratamentos tradicionais anteriores ou necessitam de tratamento urgente, face a situações que representam risco de vida.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Pós-parto				
27	A terapia eletroconvulsiva (TEC) no pós-parto tem uma recomendação forte para o tratamento de depressão grave resistente ou que represente risco de vida.	Forte	Muito baixa ⊕○○○	A ECT é uma intervenção de ação relativamente rápida que parece ser benéfica em casos graves de depressão pós-parto. Os riscos de efeitos adversos (convulsões prolongadas devido à administração de medicamentos concomitantes e perda transitória de memória, especialmente após as primeiras sessões de ECT) são pequenos. A ECT deve ser oferecida em hospitais especializados, a mulheres que apresentam depressão grave, com ou sem características psicóticas e que não responderam a tratamentos tradicionais anteriores ou necessitam de tratamento urgente, face a situações que representam risco de vida.
Fototerapia				
Gravidez				
28	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso da Fototerapia durante a gravidez.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia da Fototerapia na redução dos sintomas depressivos em mulheres grávidas.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Pós-parto				
29	Não é possível propor qualquer recomendação quanto à eficácia da Fototerapia no pós-parto.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia da Fototerapia na redução dos sintomas depressivos em mulheres no pós-parto.
Intervenções de tratamento complementares e alternativas				
Atividade física				
Gravidez				
30	A atividade física na gravidez saudável tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Muito baixa ⊕○○○	A atividade física pode ser benéfica para mulheres grávidas saudáveis e o risco para o feto é improvável. A recomendação baseia-se em evidência de muito baixa qualidade, disponível em mulheres com sintomas depressivos de gravidade incerta, assumindo a sua boa saúde física.
Pós-parto				
31	A atividade física, supervisionada e especializada, de baixa a moderada intensidade, no pós-parto tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	A atividade física pode ser benéfica para mulheres saudáveis, não havendo relatos de efeitos adversos para a mulher e os riscos para o recém-nascido são improváveis. A recomendação baseia-se em evidência de qualidade baixa a moderada, disponível em mulheres com sintomas depressivos de gravidade incerta. Nestas condições, a atividade física pode ser uma alternativa acessível de tratamento para mulheres com sintomas depressivos leves a moderados durante o pós-parto.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Yoga				
Gravidez				
32	O yoga na gravidez tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	O yoga pode ser benéfico para mulheres saudáveis, e o risco de efeitos adversos para a mulher ou para o feto é improvável. A recomendação baseia-se em evidência de baixa qualidade disponível, em mulheres com sintomas depressivos de gravidade incerta.
Pós-parto				
33	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso do yoga no pós-parto.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia do yoga na redução dos sintomas depressivos em mulheres no pós-parto.
Massagem				
Gravidez				
34	A massagem na gravidez tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	A evidência sobre a eficácia da massagem na redução dos sintomas depressivos em mulheres grávidas é de baixa qualidade. Os efeitos encontrados foram de tamanho moderado. O risco para o feto é improvável.
Pós-parto				
35	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso da massagem no pós-parto.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia da massagem na redução dos sintomas depressivos em mulheres no pós-parto.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Musicoterapia				
Gravidez				
36	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso da musicoterapia na gravidez.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia da musicoterapia na redução dos sintomas depressivos em mulheres grávidas.
Pós-parto				
37	A musicoterapia como intervenção adicional e combinada com outras abordagens (ex. tratamento psicológico, medicina chinesa ou farmacoterapia), no pós-parto, tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	A musicoterapia pode ser benéfica na redução dos sintomas depressivos, como complemento a outros tratamentos. Não foi encontrada evidência sobre a eficácia da musicoterapia como tratamento isolado. Esta recomendação baseia-se em evidência de baixa qualidade, em mulheres com sintomas depressivos de gravidade incerta.
Apoio de pares				
Gravidez				
38	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso do apoio de pares na gravidez.	Sem recomendação		Existe apenas um único estudo que mostra a eficácia do apoio de pares na redução dos sintomas depressivos em mulheres grávidas.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Pós-parto				
39	O apoio de pares baseado em tecnologia, no pós-parto, tem uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Muito baixa ⊕○○○	Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia do apoio de pares tradicional. O apoio de pares disponível na literatura com algum grau de evidência refere-se ao apoio fornecido por outras mulheres com experiência vivida de PDP. O apoio de pares baseado em tecnologia pode ser benéfico, e os riscos de efeitos adversos são improváveis.
Ervas chinesas				
Gravidez				
40	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso de ervas chinesas na gravidez.	Sem recomendação		Não foi encontrada evidência que suporte a eficácia ou apresente os riscos reprodutivos das ervas chinesas na redução dos sintomas depressivos em mulheres grávidas.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Pós-parto				
41	As ervas chinesas, isoladamente e em combinação, no pós-parto, têm uma recomendação fraca para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	Há evidência de que ervas chinesas específicas podem ser benéficas como tratamento isolado e também em combinação (ex., com antidepressivos), apresentando baixo risco de efeitos adversos agudos em mulheres que não estão a amamentar. Um cuidado especial é recomendado para as ervas chinesas específicas que contêm hipericão (St. John's wort), pois em combinação com outros antidepressivos, pode causar síndrome serotoninérgica.
Acupuntura				
Gravidez				
42	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso da acupuntura na gravidez.	Sem recomendação		A evidência que suporta a eficácia da acupuntura durante a gravidez é inconsistente.
Pós-parto				
43	Não é possível propor qualquer recomendação quanto ao uso da acupuntura no pós-parto.	Sem recomendação		A evidência que suporta a eficácia da acupuntura no pós-parto é inconsistente.



#	Recomendação	Força da recomendação	Qualidade da evidência	Comentários
Ácidos gordos				
44	Os ácidos gordos têm uma recomendação fraca na gravidez e no pós-parto, para o tratamento de sintomas depressivos leves a moderados.	Fraca	Baixa ⊕⊕○○	Ácidos gordos podem ser benéficos, com baixo risco de efeitos adversos.



D. VISÃO GERAL DAS RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS

D. // Visão geral das recomendações clínicas

Abaixo, apresentamos três figuras que oferecem uma visão esquemática das recomendações clínicas para a prevenção, rastreo e tratamento da PDP durante a gravidez (Figura 1) e no pós-parto (Figura 2). A Figura 3 apresenta um fluxograma para auxiliar a decisão clínica na gestão da PDP.

Figura 1. Visão geral das recomendações clínicas para intervenções na gravidez

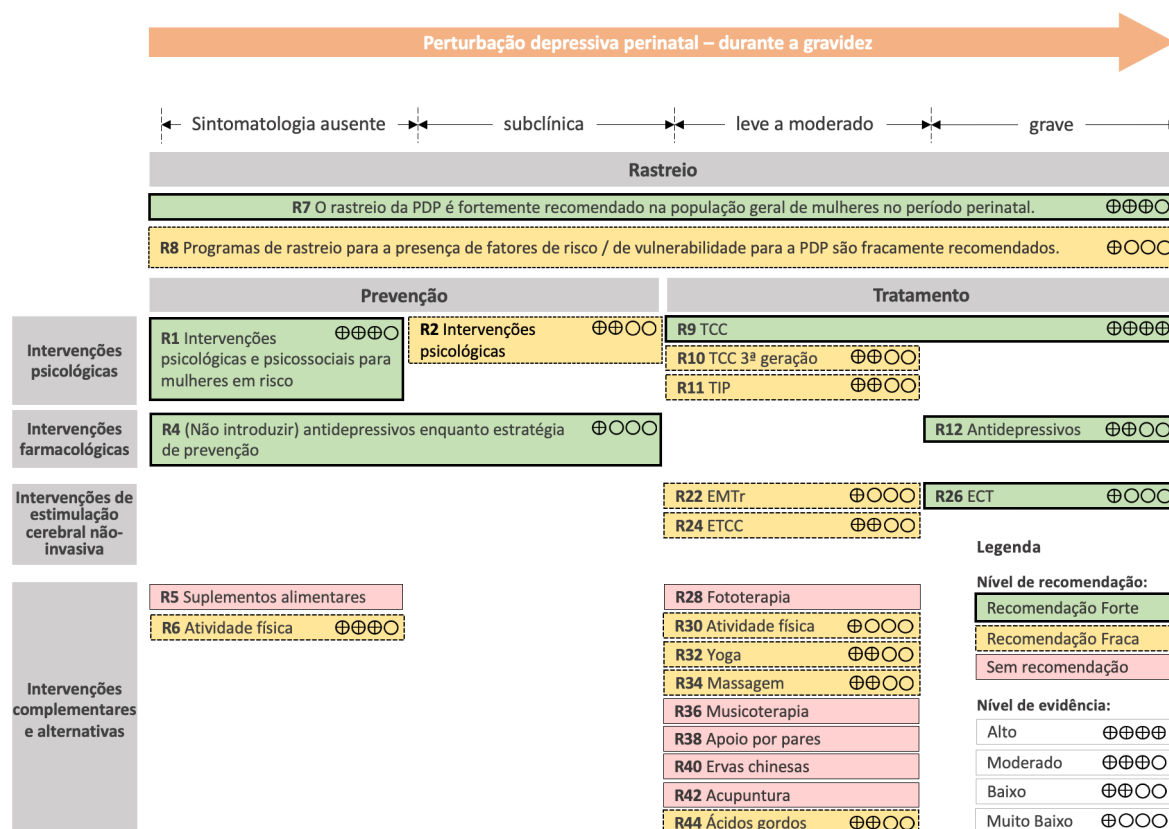
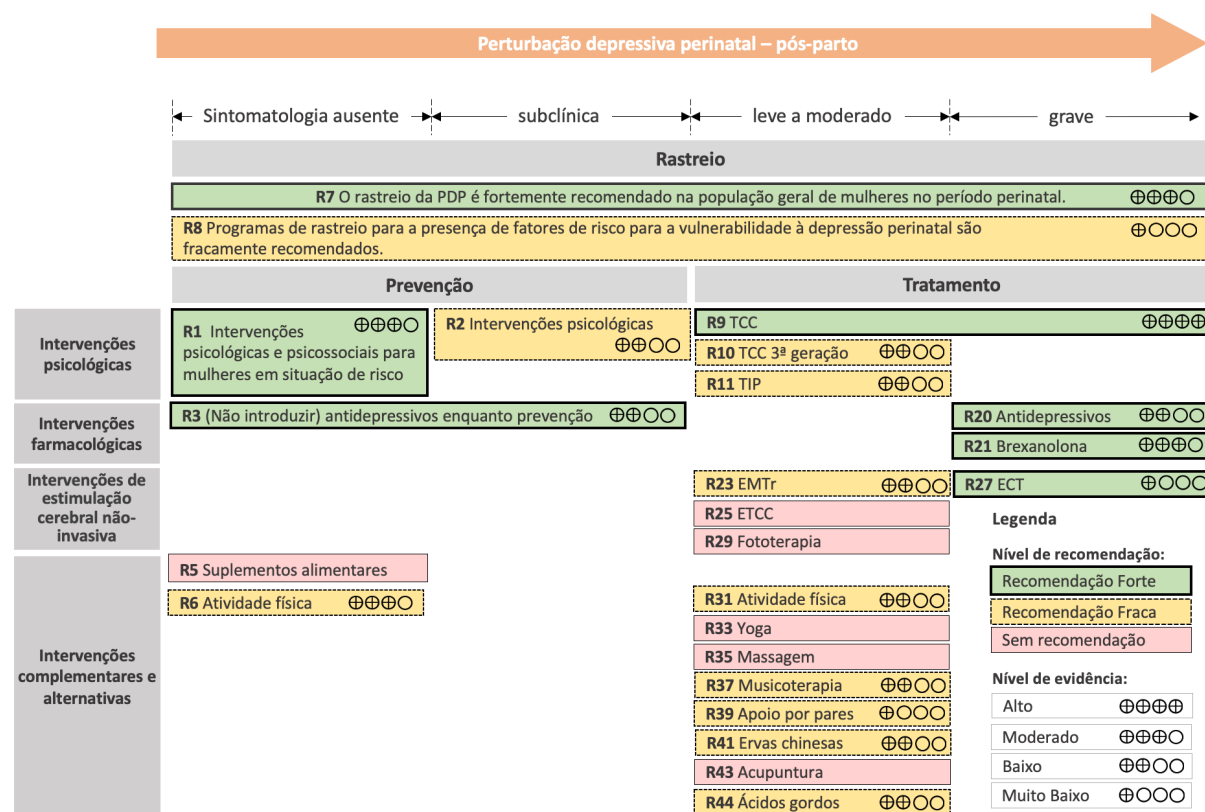


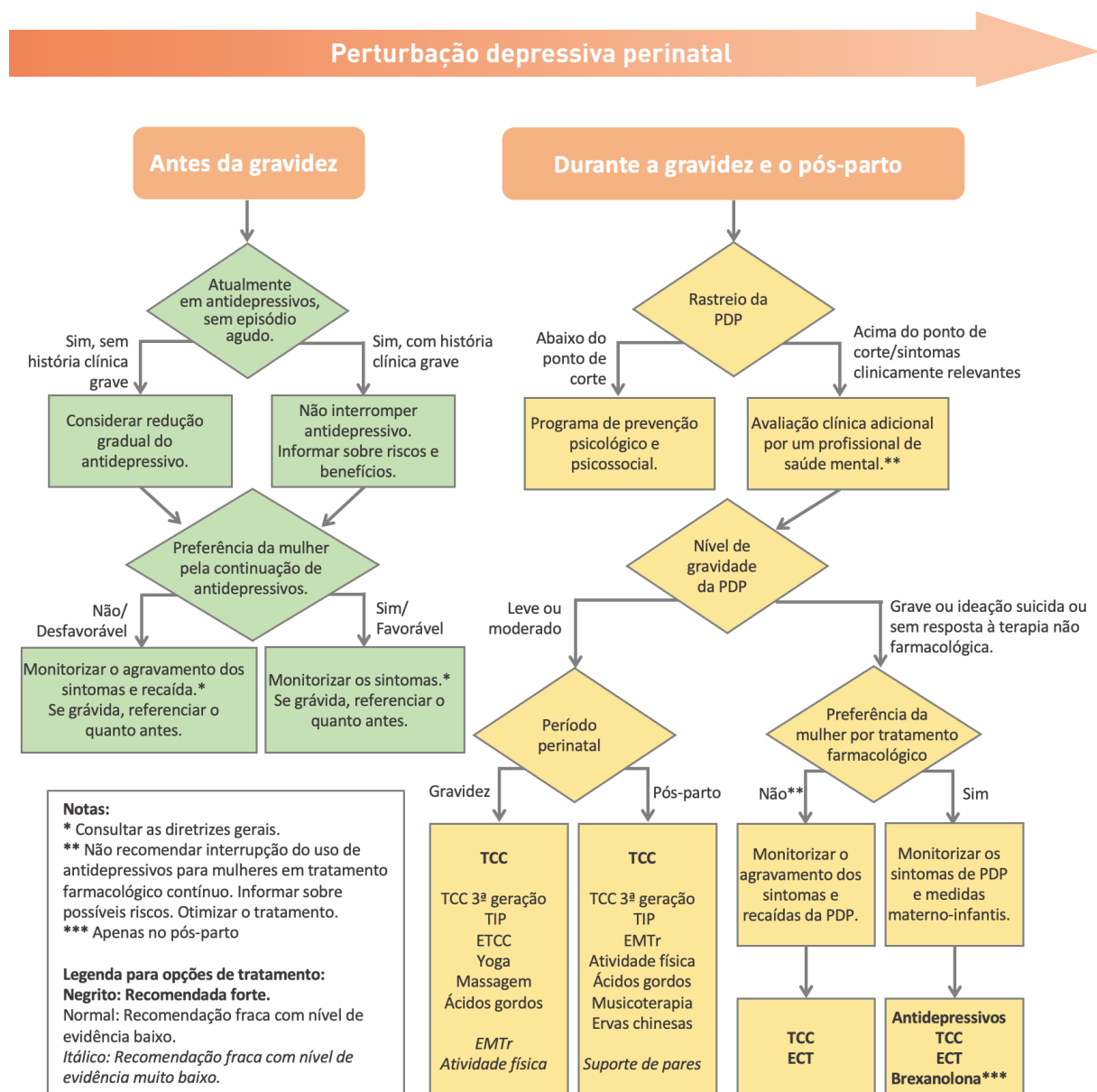
Figura 2. Visão geral das recomendações clínicas para intervenções no período pós-parto.



Abaixo, apresentamos um fluxograma de decisão para a gestão da PDP em mulheres com ou sem história prévia de depressão, que planeiam engravidar, estão grávidas ou que se encontram no período pós-parto. As intervenções propostas baseiam-se

nas recomendações previamente expostas. Este fluxograma oferece um racional para a gestão da PDP mas requer uma consideração cuidadosa das especificidades do país, do contexto e dos recursos onde as intervenções poderão decorrer.

Figura 3. Fluxograma do percurso na gestão da PDP em contexto clínico





E. CONSIDERAÇÕES FINAIS



E. // Considerações finais

As Recomendações para uma Prática Clínica Baseada na Evidência: Prevenção, Rastreo e Tratamento da PDP representam um avanço substancial em direção a cuidados de saúde mental no período perinatal otimizados e de elevada qualidade. No entanto, a sua eficácia, por si só, é limitada devido a três fatores abrangentes:

- 1) disparidades no conhecimento existente e nos dados disponíveis entre países e regiões;
- 2) disparidades na disponibilidade de recursos locais para cuidados de saúde mental no período perinatal;
- 3) disparidades nas condições contextuais e sociais das mulheres.

As disparidades no conhecimento existente e nos dados disponíveis não se limitam a variações globais ou entre países (mesmo dentro da Europa, mas também entre regiões do mesmo país e dentro de uma mesma região). Estas disparidades contribuem para a natureza complexa de uma análise abrangente da depressão perinatal.

Apesar dos nossos melhores esforços durante o desenvolvimento destas recomendações, reconhecemos que o

cenário atual da investigação em saúde mental perinatal e a disponibilidade de dados é enviesado, pela baixa representatividade daqueles grupos populacionais menos acessíveis pela investigação (por exemplo, minorias, imigrantes, pessoas que vivem em áreas de conflito). Reconhecer estas disparidades globais, intra-nacionais e intra-regionais é essencial para compreender as limitações do presente documento e para enquadrar as características, circunstâncias e necessidades únicas de populações específicas em estratégias otimizadas e eficazes para a prevenção, rastreio e tratamento da depressão perinatal.

As disparidades, no que respeita à disponibilidade de recursos locais para cuidados de saúde mental perinatal, aumentam o desafio associado à intervenção na depressão neste período. O acesso a serviços de saúde adequados, profissionais de saúde mental treinados e atualizados e redes de apoio sólidas pode variar significativamente de uma comunidade para outra. Tais disparidades de recursos resultam em oportunidades desiguais no que diz respeito à prevenção, deteção precoce e intervenção adequadas e no cuidado às pessoas que experienciam depressão perinatal. De forma a



garantir que cada mulher recebe os cuidados necessários durante este período crítico, é essencial que os decisores políticos e gestores de saúde implementem políticas e sistemas que visem minimizar as desigualdades em termos de recursos, com vista ao acesso equitativo a serviços de saúde mental para todos, independentemente da localização geográfica ou do estatuto socioeconómico.

É também essencial reconhecer as disparidades nas condições contextuais e sociais vivenciadas pelas mulheres, as quais influenciam significativamente a sua vulnerabilidade à depressão perinatal. As experiências e desafios das mulheres durante a gravidez e no período pós-parto podem variar consideravelmente, dependendo do estatuto socioeconómico, o acesso à educação, das oportunidades de emprego e da rede social de apoio. Ainda, as normas

culturais e expectativas sociais de determinada comunidade constituem fatores que influenciam o bem-estar mental das mulheres e que merecem especial atenção. Disparidades contextuais e sociais suportam a necessidade de uma abordagem sobre a saúde mental na gravidez e pós-parto que seja abrangente e que não se limite apenas aos aspetos clínicos. Pelo contrário, requer uma abordagem que tenha em consideração os aspetos sociais e culturais mencionados e que se sabe contribuir para o aumento do risco de PDP.

Reconhecer e abordar os três fatores e as disparidades que cada um deles implica é fundamental para garantir que todas as mulheres recebem os cuidados de que necessitam durante a gravidez e o pós-parto, contribuindo, para o pleno desenvolvimento e bem-estar psicológico de pelo menos duas gerações em simultâneo.



Apêndice 1. O Grupo de desenvolvimento das recomendações

Nome	Cargos	Afiliação
Rena BINA	Assistente Social Clínica, Investigadora	School of Social Work, Bar Ilan University, Ramat Gan, Israel
Ana GANHO ÁVILA	Psicóloga Clínica, Psico- terapeuta, Investigadora <i>Coordenadora da Riseup- PPD Cost Action</i>	Centro de Investigação em Neuropsicologia e Inter- venção Cognitivo Com- portamental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal
Sarah KITTEL-SCHNEIDER	Psiquiatra do Adulto	Department of Psychiatry and Neuro- behavioural Science, Uni- versity College Cork, Cork, Ireland
Mijke P. LAMBREGTSE-VAN DEN BERG	Psiquiatra, Psiquiatra da Criança e Adolescente, Professora Associada	Erasmus University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands
Ilaria LEGA	Psiquiatra, Investigadora	Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy
Angela LUPATTELLI	Professora em Farmaco- epidemiologia e Medica- mentos na Gravidez	Department of Pharmacy, University of Oslo, Oslo, Norway
Mariana MOURA RAMOS	Psicóloga Clínica, Psico- terapeuta, Investigadora <i>Líder do Grupo de Desen- volvimento das Guidelines da RiseupPPD</i>	Serviço de Psicologia Clí- nica da Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portu- gal; Centro de Investigação em Neuropsicologia e In- tervenção Cognitivo Com- portamental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal



Nome	Cargos	Afiliação
Sandra NAKIĆ RADOŠ	Psicóloga Clínica, Investigadora <i>Co-líder do Grupo de Desenvolvimento das Guidelines da RiseupPPD</i>	Department of Psychology, Catholic University of Croatia, Zagreb, Croatia
Maria F. RODRIGUEZ-MUÑOZ	Professora em Psicologia Clínica	Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, Spain
Greg SHEAF	Especialista em Informação	The Library of Trinity College Dublin, Ireland
Alkistis SKALKIDOU	Professora de Obstetrícia e Ginecologia, Consultora Sénior em Obstetrícia e Ginecologia	Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden; Outpatient Gynaecological Department, Akademiska University Hospital, Uppsala
Ana UKA	Psicóloga de Aconselhamento, Investigadora	Research Centre for Sustainable Development and Innovation, University College "Beder", Tirana, Albania
Susanne UUSITALO	Ética	Department of Philosophy, Contemporary History and Political Science, University of Turku, Finland
Laurence VAN DEN ABEELE	Representante de Pacientes	Make Mothers Matter, EU Delegation, Brussels, Belgium

