ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guia Orientador de Boas Práticas

OUTUBRO 2018

Avaliação e Intervenções para a Depressão Perinatal

Segunda Edição

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

fct Fundação para a Ciência e a Tecnologia
UIDB/04255/2020
UIDP/04255/2020

Declaração de exoneração de responsabilidade

Estes guias não são vinculativos para os enfermeiros ou para as organizações que os empregam. A utilização deste guia deve ser flexível e baseada nas necessidades individuais e nas circunstâncias locais. Não constituem uma responsabilidade nem uma exoneração de responsabilidade. Embora tenham sido desenvolvidos todos os esforços para garantir a exatidão do conteúdo no momento da publicação, nem os autores nem a Registerd Nurses's Association of Onatrio (RNAO) (Associação de Enfermeiros Registados do Ontário) dão qualquer garantia quanto à exatidão das informações neles contidas ou aceitam qualquer responsabilidade, no que diz respeito a perdas, danos, lesões ou despesas decorrentes de quaisquer erros ou omissões no conteúdo deste trabalho.

Copyright

Com exceção das partes do presente documento para as quais existe uma proibição ou limitação específica contra a cópia, o restante documento pode ser produzido, reproduzido e publicado na sua totalidade, sem modificações, sob qualquer forma, incluindo a forma eletrónica, para fins educativos ou não comerciais. Se, por qualquer razão, for necessária qualquer adaptação do material, deve ser obtida uma autorização por escrito da RNAO. Todos os materiais copiados devem conter os devidos créditos ou citações, como se segue:

Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Interventions for Perinatal Depression. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2018.

Financiamento

Este trabalho é financiado pelo Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (Ministério da Saúde e dos Cuidados de Longa Duração do Ontário). Todos os trabalhos produzidos pela RNAO são editorialmente independentes da sua fonte de financiamento.

Contatos

Registered Nurses' Association of Ontario

158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3

Website: **www.RNAO.ca/bpg**

Avaliação e Intervenções para a Depressão Perinatal

Segunda Edição

Saudações de Doris Grinspun,

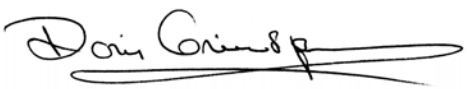
Diretora Executiva, Registered Nurses' Association of Ontario

A Registered Nurses' Association of Ontario [Associação de Enfermeiros Registados de Ontário] (RNAO) tem o prazer de apresentar a segunda edição do guia de boas práticas clínicas *Avaliação e Intervenções para a Depressão Perinatal*. A prática baseada em evidência suporta a excelência dos cuidados que os profissionais de saúde se comprometem a prestar todos os dias. A RNAO tem o prazer de disponibilizar este recurso fundamental.

Agradecemos sinceramente aos muitos *stakeholders* que tornaram realidade a nossa visão dos guias orientadores de boas práticas, a começar pelo Governo de Ontário p reconhecer a capacidade da RNAO para liderar o programa e por disponibilizar financiamento plurianual. Pela sua experiência e liderança inestimáveis, quero agradecer aos co-coordenadores do painel de peritos – Dr.ª Angela Bowen (Professora, College of Nursing and Department of Psychiatry, University of Saskatchewan) e à Dr.ª Phyllis Montgomery (Professora, School of Nursing, Laurentian University). Os nossos agradecimentos à equipa da RNAO, Katherine Wallace (Responsável pelo Desenvolvimento dos Guias), Glynis Gittens (Coordenadora do Projeto), Laura Ferreira-Legere (Associada Principal de Investigação em Enfermagem), Greeshma Jacob (Associada de Investigação em Enfermagem), Dr.ª Lucia Costantini (ex-Directora Associada de Desenvolvimento, Investigação e Avaliação dos Guias), Dr.ª Valerie Grdisa (ex-Directora de Assuntos Internacionais e Orientações de Boas Práticas) e à restante equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias de Boas Práticas da RNAO pelo seu intenso trabalho na produção deste Guia. Um agradecimento especial aos membros do painel de peritos da RNAO por terem disponibilizado generosamente o seu tempo e conhecimento especializado para produzir um recurso clínico rigoroso e sólido. Não teríamos chegado a este resultado sem o vosso contributo!

A adoção bem-sucedida dos guias orientadores de boas práticas requer um esforço concertado de educadores, clínicos, empregadores, decisores políticos e investigadores. Com o seu empenho inabalável e a sua paixão pela excelência dos cuidados prestados às pessoas, comunidades de enfermagem e de cuidados de saúde forneceram os conhecimentos e as inúmeras horas de trabalho voluntário essenciais para o desenvolvimento e a revisão de cada Guia de boas práticas. Os empregadores responderam com entusiasmo, nomeando promotores de boas práticas, implementando orientações e avaliando o seu impacto pessoas e nas organizações. Os governos nacionais e estrangeiros juntaram-se a esta jornada. Juntos, estamos a construir uma cultura de prática baseada na evidência.

Convidamos a partilhar este GOBP com os seus colegas de outras profissões, pois temos muito a aprender uns com os outros. Juntos, temos de garantir que o público recebe os melhores cuidados possíveis sempre que entra em contacto connosco - sendo eles os verdadeiros beneficiários deste importante esforço!



Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(Hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saudações de Carlos Sequeira,

Coordenador da Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem do Porto

A Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e o Grupo de Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NURSID) do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) tem a honra de apresentar os guias orientadores de boas práticas (GOBP) produzidas pela Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) em Português (de Portugal). Espera-se que estes GOBP possam ser utilizados nos contextos de língua oficial Portuguesa, essencialmente em Portugal, pois foram traduzidos para este contexto, seja, no ensino, na gestão ou prática clínica.

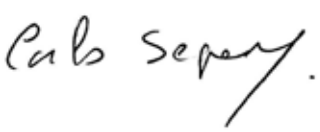
A Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende com esta iniciativa realçar a importância do conhecimento, para uma prática de enfermagem mais efetiva. É fundamental acrescentarmos mais evidência ao conhecimento e por conseguinte às práticas de enfermagem. Destaca-se desta forma o valor da investigação disciplinar e interdisciplinar para a promoção da qualidade e segurança das práticas clínicas. Estes são desígnios muito importantes numa profissão determinante na área da saúde como a enfermagem, onde os conhecimentos internos e externos à profissão são fundamentais para garantir práticas atualizadas e eficientes face às necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem. Todo o conhecimento que nos possa ajudar a cuidar melhor deve ser disponibilizado às pessoas. Esse é um contributo fundamental para a melhoria dos indicadores globais de saúde.

Queremos, ainda, neste espaço, destacar o ajuda e a disponibilidade da RNAO para autorizar, colaborando em todo o processo de tradução. Estou certo de que esse apoio se manterá na implementação, pois partilhamos o mesmo objetivo - contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem com a formação e apoio sobre os guias orientadores de boas práticas.

Incentivamos todos os enfermeiros a se envolverem no processo de implementação, com a consciência que isso irá beneficiar os utilizadores dos nossos cuidados.

Resta-nos agradecer a todos e a todos, em particular à RNAO, por todo o contributo no desenvolvimento de guias orientadores de boas práticas centrados na melhor evidência, facilitadores da translação do conhecimento e da implementação da prática baseada na evidência.

Bem-hajam e obrigado.



Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Prof. Coordenador Principal na Escola Superior de Enfermagem do Porto
Agregado e doutorado em Enfermagem na Universidade do Porto, Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e do Grupo de Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NURSID) Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

FINANCIAMENTO

CINTESIS Health.Research.

fct Fundação para a Ciência e a Tecnologia

COMPETE 2020 PORTUGAL 2020 UNIÃO EUROPEIA Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

Índice

Como Usar este Documento 7
Objetivo e Âmbito 8
Interpretação da Evidência 11
Qualidade da Evidência 12
Resumo das Recomendações 13
Equipa de Investigação e Desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO 16
Painel de Peritos do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO 17
Membros da equipa de Tradução do Guia Orientador de Boas Práticas 19
Agradecimento aos *Stakeholders* 20
Enquadramento 24
Quadros de Orientação 31
Algoritmo para o Tratamento da Depressão Perinatal 33

Índice

RECOMENDAÇÕES

Recomendações para a Prática 35
Recomendações para a Educação 88
Recomendações para a Prática e Política do Sistema 99
Lacunas na Investigação e Implicações Futuras 103
Estratégias de Implementação 105
Avaliação do Guia Orientador de Boas Práticas 107
Processo de Atualização e Revisão dos Guias Orientadores de Boas Práticas 110

REFERÊNCIAS

Lista de Referências 111

Índice

APÊNDICES

Apêndice A: Glossário de Termos 125

Apêndice B: Processo de Desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas 131

Apêndice C: Processo de Revisão Sistemática e Estratégias de Pesquisa 132

Apêndice D: Diversidade entre Pessoas Grávidas e em Pós-parto com Depressão Perinatal 138

Apêndice E: Exemplos de Instrumentos de Rastreio da Depressão Perinatal 147

Apêndice F: Exemplos de instrumentos de avaliação da depressão perinatal 151

Apêndice G: Considerações para a Seleção de um Instrumento de Rastreio da Depressão Perinatal. 153

Apêndice H: Resposta a um Risco Identificado de Suicídio Materno 156

Apêndice I: Edinburgh Postnatal Depression Scale. 158

Apêndice J: Échelle de dépression postpartum d'Edinburgh 159

Apêndice K: Administração e Interpretação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo 160

Apêndice L: Recursos Adicionais 162

Apêndice M: Descrição do Toolkit (Conjunto de Ferramentas) 165

CARTAS DE APOIO

Cartas de Apoio 166

NOTAS

Notas 168

Como usar este documento

Este **Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP)**[G]* é um documento abrangente que fornece orientações e recursos para a **prática baseada em evidências**[G]. Não se destina a ser um manual ou um guia de instruções, mas uma ferramenta para orientar as boas práticas e melhorar a tomada de decisão dos **enfermeiros**[G], **equipa interprofissional**[G], educadores, decisores políticos, **pessoas**[G] e suas **famílias**[G] na avaliação e **intervenções**[G] para a **depressão perinatal**[G]. Este GOBP pode ser revisto e aplicado de acordo com as necessidades de cada organização ou contexto de prática e as necessidades e preferências das pessoas e suas famílias ao acederem aos serviços de saúde. Além disso, o guia oferece uma panorâmica das estruturas e suportes adequados para providenciarem os melhores cuidados possíveis, baseados na evidência.

Os enfermeiros, membros da equipa interprofissional, formadores e administradores que lideram e facilitam mudanças na prática irão considerar este documento valioso para o desenvolvimento de políticas, procedimentos, protocolos, programas educacionais, avaliações, intervenções e instrumentos de documentação. Os enfermeiros e os membros da equipa interprofissional de cuidados diretos beneficiarão da revisão das recomendações e das evidências de suporte. Encorajamos os profissionais a adaptarem os GOBP em formatos que sejam viáveis para a sua utilização diária.

Se a sua organização estiver a adotar este GOBP, recomendamos que siga os seguintes passos:

1. Avaliar as suas políticas atuais, procedimentos, protocolos, e programas educacionais relativamente às recomendações deste Guia.
2. Identificar as necessidades existentes ou falhas nas suas políticas atuais, procedimentos, protocolos, e programas educacionais.
3. Notar as recomendações que são aplicáveis ao seu contexto e que poderão ser utilizadas para responder às necessidades ou falhas existentes na sua organização.
4. Desenvolver um plano para implementar as recomendações, sustentar as boas práticas e avaliar os resultados.

Recursos científicos para a implementação, incluindo o Conjunto de Ferramentas: *Implementation of Best Practice Guidelines* (1)), disponível em www.RNAO.ca. Adicionalmente todos os GOBP da RNAO estão disponíveis em RNAO website em RNAO.ca/bpg. Para encontrar um GOBP em particular, procurar por palavra-chave ou por tópico.

Estamos interessados em receber o seu feedback sobre este GOBP e como o implementou. Contacte-nos e partilhe a sua história.

* Ao longo deste documento, os termos em negrito marcados com o sobrescrito G (G) podem ser encontrados no Glossário de Termos (**Apêndice A**).

Objetivo e Âmbito

Os GOBP da RNAO são documentos sistematicamente desenvolvidos, baseados em evidências, que incluem recomendações sobre tópicos específicos de clínica, ambiente de trabalho saudável e sistemas de saúde. Destinam-se a enfermeiros, membros da equipa interprofissional em posições de assistência direta (incluindo, entre outros, médicos, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermeiros, assistentes sociais, consultores de lactação e psicólogos), educadores, decisores políticos, pessoas e suas famílias, para melhorar os resultados em tópicos clínicos específicos e ambientes de trabalho saudáveis (2). Este GOBP substitui o GOBP da RNAO Intervenções para a Depressão Pós-parto (3). O objetivo deste GOBP é apresentar recomendações baseadas na evidência para enfermeiros e equipas interprofissionais em todos os contextos de prestação de cuidados para melhorar a qualidade das suas práticas com vista a reduzir a incidência da depressão perinatal através da implementação de cinco componentes de cuidados: **rastreio**(G) de rotina, avaliação, prevenção, **intervenções**G coordenadas, e análise. Neste GOBP, a depressão perinatal refere-se a alteração de humor registada durante a gravidez e o pós-parto, até um ano após o nascimento. Quando aplicável, a depressão que ocorre apenas durante a gravidez (i.e. **depressão prenatal**G) ou no pós-parto (i.e. **depressão pós-parto**G) será identificada.

Em 2015, a RNAO reuniu um painel de peritos constituído por um grupo de indivíduos provenientes de vários contextos de cuidados de saúde com experiência em depressão perinatal. O painel de peritos da RNAO era interprofissional: era composto por enfermeiros e membros da equipa interprofissional que ocupam cargos clínicos, administrativos e académicos. O painel de peritos tinha experiência de trabalho com pessoas com depressão perinatal e suas famílias em diferentes contextos de cuidados de saúde, tais como cuidados de saúde agudos, comunitários, públicos e primários, e organizações, incluindo associações e instituições de ensino.

O âmbito deste GOBP reconhece a depressão perinatal como a perturbação do humor mais frequente durante a gravidez e o pós-parto, conforme determinado pelos resultados da evidência nesta área e pelo consenso do painel de peritos da RNAO. Como tal, foram excluídas todas as outras perturbações de humor perinatais (por exemplo, psicose pós-parto) ou ansiedade, quer como comorbilidade quer como doença única. Acresce que, embora se reconheça o impacto que a depressão perinatal pode ter nos parceiros, nos bebés, noutras crianças e nas famílias (tal como definido pela pessoa), o âmbito deste GOBP limita-se à pessoa em risco ou a sofrer de depressão perinatal.

Como princípio transversal, o painel de peritos considerou que todas as pessoas em risco ou com depressão perinatal devem ter acesso a procedimentos de rotina, tais como rastreio, avaliação, prevenção, intervenção e análise, recorrendo a abordagens baseadas em evidências. Esta abordagem cria oportunidades para responder às necessidades e objetivos de uma pessoa com depressão perinatal, melhorar os resultados e reduzir os riscos associados à falta de tratamento.

Tipos de Recomendações

As recomendações constantes deste GOBP aplicam-se aos cuidados clínicos numa série de contextos de comunidades e de cuidados de saúde. Todos as recomendações são baseadas em resultados de **revisões sistemáticas**G sobre as avaliações e intervenções clínicas mais eficazes, abordagens educativas e estratégias de organização e políticas do sistema.

A maioria das recomendações neste GOBP incidem sobre a depressão durante a gravidez e o pós-parto. A exceção verifica-se quando a evidência é focada nas pessoas grávidas ou pós-parto, situação em que a recomendação especifica a mesma evidência como focada na depressão pré-natal ou pós-parto. As recomendações são fornecidas em três níveis.

- **Recomendações para a práticas**[G] são dirigidas em primeiro lugar aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (midwives) e à equipa interprofissional que providencia cuidados a pessoas grávidas e pós-parto em risco de ou que experienciam depressão perinatal em todos os contextos de sistemas de saúde (e.g., cuidados intensivos, cuidados de saúde ao domicílio) e na comunidade (e.g., cuidados primários e saúde pública). Todas as recomendações são aplicáveis no âmbito da prática dos enfermeiros.
- **Recomendações para a educação**[G] são dirigidas aos que são responsáveis pela educação dos enfermeiros e da equipa interprofissional, tais como formadores, equipas de melhoramento de qualidade, responsáveis, administradores, e instituições profissionais e académicas. Estas recomendações sublinham as estratégias de treino fundamentais requeridas para os curricula pós-secundários, educação contínua e desenvolvimento profissional.
- **Recomendações para a Organização e Política do Sistema**[G] aplicam-se a responsáveis, administradores e decisores políticos responsáveis pelo desenvolvimento da política ou por consolidarem os suportes requeridos dentro das organizações de cuidados de saúde para implementarem as boas práticas.

As recomendações nas três áreas (práticas, educacionais e organização e política do sistema) focam-se em estratégias baseadas na evidência, as quais os enfermeiros e a equipa profissional requerem para o rastreio da depressão perinatal, avaliação, intervenções e análise. Adicionalmente, as recomendações descrevem os recursos necessários para a coordenação dos serviços de saúde mental com os apoios na depressão perinatal nas várias regiões e comunidades. Assim sendo, os três tipos de recomendações devem ser implementados em conjunto para otimizar a eficácia.

As recomendações que incidem sobre os instrumentos de rastreio e avaliação integram a literatura revista mas não incluem qualquer preferência por um dos instrumentos. As organizações são encorajadas a escolher uma ferramenta de rastreio e de avaliação suportada pela evidência. Exemplos de instrumentos para rastreio ou avaliação da depressão perinatal estão incluídos no **Apêndice E** e no **Apêndice F**.

Vários fatores afetarão a implementação das recomendações neste GOBP. Esses incluem políticas e procedimentos de organizações individuais, legislação governamental, e as características demográficas e socioeconómicas da pessoa que acede aos serviços de saúde mental e aos apoios para a depressão perinatal.

Discussão da Evidência

A Discussão da Evidência que acompanha cada recomendação tem cinco secções principais:

1. O "Resumo da Evidência" sublinha a pesquisa de base da(s) revisão(ões) sistemática(s) que referem diretamente à recomendação.
2. Os "Benefícios e Danos" informam sobre qualquer aspeto dos cuidados que promovem ou impeçam a saúde e bem-estar de uma pessoa com depressão perinatal. O conteúdo desta secção inclui a investigação da(s) revisão(ões) sistemática(s).
3. "Valores e Preferências" denotam a priorização de abordagens que facilitam a igualdade na saúde e a importância de considerar os cuidados desejados. O conteúdo da secção "Valores e Preferências" pode ou não incluir investigação da(s) revisão(ões) sistemática(s). Quando aplicável, o painel de peritos da RNAO e os ***stakeholders***[G] **(partes interessadas)** contribuíram para estas áreas.
4. As "Notas Práticas" sublinham informação pragmática para enfermeiros e a equipa interprofissional. Esta secção inclui evidência de suporte de outras fontes (p. ex.. outros GOPB ou o painel de peritos da RNAO).
5. Os "Recursos de Suporte" incluem a lista dos estudos de investigação relevantes, recursos, e websites que suportam a prática clínica, a educação, e as recomendações para a organização e política do sistema. Os conteúdos listados nesta secção não fizeram parte de revisão sistemática ou de avaliação de qualidade. Como tal, a lista não é exaustiva e a inclusão de a inclusão de um recurso nestas listas não implicam o aval da RNAO.

Uso do termo "Pessoa" neste GOBP

É reconhecido que a depressão perinatal não é apenas experienciada por mulheres grávidas e pós-parto, mas também pode ser experienciada por outras pessoas às quais não se aplicam identificadores representativos ou inclusivos, tais como "mulher", "ela" ou "mãe" (4). Considerando tal, o termo "pessoa" é usado sempre que possível. Uma discussão mais alargada acerca de populações diversificadas e depressão perinatal pode ser encontrada no **Apêndice D**.

Guias Orientadores e Recursos da RNAO que estão em acordo com este Guia Orientador:

Os seguintes GOBP da RNAO e recursos darão aos enfermeiros e à equipa interprofissional informação adicional aquando da implementação deste Guia Orientador:

- *Kit de instrumentos: Implementação de Boas Práticas (2012)*
- *Desenvolvendo e apoiando Cuidados de Saúde Interprofissionais (2013)*
- ***Determinantes sociais da saúde***[G] *(2013)*
- *Trabalhando com as Famílias para Promover o Sono Seguro dos Bebés 0.12 Meses de Idade (2014)*
- *Envolver as Pessoas que Usam Substâncias (2015)*
- *Cuidados Centrados na Pessoa e na Família (2015)*
- *Práticas Colaborativas Interprofissionais entre Enfermeiros (2016)*
- *Intervenção de Crise para Adultos com uma Abordagem Informada do Trauma (2017)*
- *Integração de Intervenções sobre o Tabaco na Prática Quotidiana (2017)*
- *Implementação de Serviço de Injetáveis Supervisionado (2018)*
- *Amamentação – Promoção e Suporte da Iniciação, Exclusividade, e Contaminação da Amamentação para Recém-nascidos, Bebés e Crianças de tenra idade (2018)*

Uma lista de referências e coletânea de apêndices seguem-se às recomendações do guia e à discussão da evidência. O **Apêndice B** detalha o processo de desenvolvimento do GOBP e o **Apêndice C** descreve o processo utilizado para as revisões sistemáticas e estratégias de investigação. Os restantes apêndices incluem recursos relacionados com o rastreio, avaliação, prevenção, intervenções e análise da depressão perinatal.

Interpretação da Evidência

A cada estudo são atribuídos *níveis de evidência* para indicar a metodologia da investigação. Níveis de evidência mais elevados indicam que menos potenciais fontes de enviesamento influenciaram os resultados da investigação, além de reduzirem explicações alternativas dos fenómenos de interesse. Os níveis de evidência não refletem a qualidade dos estudos ou revisões individuais.

Em alguns casos, são atribuídos às recomendações do guia mais do que um nível de evidência. Isto reflete a inclusão de múltiplos estudos para suportarem a recomendação. Para assegurar a transparência, o nível de evidência para cada afirmação da recomendação está identificado na discussão da evidência.

Tabela 1: Níveis de Evidência

NÍVEL	FONTE DA EVIDÊNCIA
Ia	Evidência obtida através de **meta-análise**[G] ou revisões sistemáticas de ensaios **controlados randomizados**[G], e/ou sínteses de múltiplos estudos principalmente de investigação quantitativa.
Ib	Evidência obtida de pelo menos um ensaio controlado randomizado.
IIa	Evidência obtida de pelo menos um **estudo controlado**[G] bem concebido, sem randomização.
IIb	Evidência obtida de pelo menos um outro tipo de **estudo quasi-experimental**[G] bem concebido, sem randomização.
III	Síntese de múltiplos estudos principalmente de **investigação qualitativa**[G].
IV	Evidência obtida de estudos observacionais não-experimentais bem concebidos, tais como os **estudos analíticos**[G] ou **estudos descritivos**[G], e/ou estudos qualitativos.
V	Evidência obtida de opinião de especialista ou de relatórios de comissões, e/ou experiências clínicas das autoridades respetivas.

Sources: Adapted by the RNAO Best Practice Guideline Research and Development team from Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011; and Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. HERD. 2011;21(3):105-12.

Qualidade da Evidência

A qualidade de cada estudo de investigação foi determinada com o recurso a instrumentos de avaliação. A qualidade foi classificada como alta, moderada ou baixa e citada na discussão da evidência. A qualidade dos instrumentos de avaliação **validados**[G] e publicados, utilizados para avaliar a força metodológica dos estudos incluiu The Critical Appraisal Skills Program (CASP) (*Programa de Competências de Avaliação Crítica*) para estudos primários e Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews (AMSTAR) (*Avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas*) para as revisões sistemáticas. A classificação da qualidade foi calculada mediante a conversão da pontuação atribuída pela ferramenta de avaliação para uma percentagem.

Quando outros guias informaram a recomendação e a discussão da evidência, foi utilizada a ferramenta Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II (AGREE II) (*Pontuação dos Guias para o Instrumento de Investigação e Avaliação II*) para determinar a classificação da qualidade. As **Tabelas 2** e **3** destacam as pontuações necessárias para obter uma classificação de qualidade alta, moderada ou baixa.

Tabela 2: Classificação da qualidade das revisões utilizando instrumentos de avaliação crítica

PONTUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE GERAL
Maior ou igual a uma pontuação convertida de 82,4 por cento	Alta
Uma pontuação convertida de 62,5-82,3 por cento	Moderada
Inferior ou igual a uma classificação convertida de 62,4 por cento	Baixa

Tabela 3: Classificação da qualidade dos Guias utilizando a ferramenta AGREE II

PONTUAÇÃO DA QUALIDADE DO AGREE II	CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE GERAL
Uma pontuação de 6 ou 7 na qualidade geral dos guias	Alta
Uma pontuação de 4 ou 5 na qualidade geral dos guias	Moderada
Uma pontuação inferior a 4 na qualidade geral dos guias	Baixa (Não utilizada para apoiar recomendações)

Resumo das Recomendações

Este Guia substitui o GOBP da RNAO *Interventions for Postpartum Depression* (3).

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA		NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Pergunta de Investigação #1: Na área da saúde mental perinatal, o que são o rastreio efetivo e a avaliação de estratégias para identificação dos sintomas de depressão durante a gravidez e pós-parto até um ano depois do Nascimento?		
1.0 Avaliação	Recomendação 1.1: Rastreio de rotina do risco de depressão perinatal, utilizando uma ferramenta válida, como parte dos cuidados pré-natais e pós-parto.	Ia, IV, V
	Recomendação 1.2: Conduzir ou facilitar o acesso a uma avaliação abrangente da depressão perinatal com pessoas cujo rastreio para a depressão perinatal teve resultado positivo.	IIb, IV, V
Pergunta de Investigação #2: Na área da saúde mental perinatal, o que são as intervenções efetivas em pessoas que experienciam depressão durante a gravidez e pós-parto até um ano após o nascimento?		
2.0 Intervenções	Recomendação 2.1: Colaborar com a pessoa para desenvolver um plano de cuidados abrangente e centrado na pessoa, incluindo objetivos, para quem apresenta uma avaliação ou um resultado de rastreio positivo para a depressão perinatal.	Ia, IV, V
	Recomendação 2.2: Implementar estratégias de prevenção da depressão perinatal para reduzir o risco de progressão da doença.	Ia, Ib, IIb
	Recomendação 2.3: Promover autocuidados para pessoas com ou em risco de depressão perinatal, incluindo: ■ Tempo para si próprio (nível de evidência = IV); ■ Exercício (nível de evidência = Ia); ■ Relaxamento (nível de evidência = Ib); e ■ Sono (nível de evidência = Ia, IV).	Ia, Ib, IV
	Recomendação 2.4: Encorajar as pessoas com sintomas de depressão perinatal a procurarem o apoio do seu parceiro, membros da família, redes sociais e pares, quando apropriado.	Ia, Ib, IV

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA		NÍVEL DE EVIDÊNCIA
2.0 Intervenções	Recomendação 2.5: Providenciar ou facilitar o acesso a intervenções psicoeducacionais a pessoas em risco de ou a experienciarem depressão perinatal.	Ib
	Recomendação 2.6: Providenciar ou facilitar o acesso a intervenções psicossociais profissionalmente-guiadas, incluindo aconselhamento não-diretivo, a pessoas com depressão perinatal.	Ia, Ib
	Recomendação 2.7: Providenciar ou facilitar o acesso a psicoterapias, tais como terapia comportamental ou terapia interpessoal, para a depressão perinatal.	Ia, Ib
	Recomendação 2.8: Apoiar a decisão informada e defender o acesso a intervenções farmacológicas para a depressão perinatal, quando apropriado.	Ia, Ib
	Recomendação 2.9: Facilitar a decisão informada relativamente ao uso de terapias medicinais alternativas para a depressão perinatal.	Ia
	Recomendação 2.10: Avaliar e rever um plano de cuidados da depressão perinatal, em colaboração com a pessoa, até que os objetivos sejam atingidos. Incluir o parceiro da pessoa, a sua família e redes de apoio, quando aplicável.	V

RECOMENDAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO		NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Pergunta de investigação #3: Que educação e treino em depressão perinatal são requeridos para assegurar aos enfermeiros e à equipa interprofissional a prestação de uma avaliação efetiva?		
3.0 Educação	Recomendação 3.1 Desenvolver programas educacionais em cuidados de depressão perinatal incorporando tanto a teoria como aprática clínica nos currículos de licenciaturas em enfermagem e de outros profissionais de saúde com pré-licenciatura.	IV
	Recomendação 3.2: Participar em programas de desenvolvimento profissional em curso para fortalecer os conhecimentos e competências em serviços de saúde mental e de suporte para a depressão perinatal.	Ia, IIb, IV
	Recomendação 3.3: Praticar autorreflexão regular sobre atitudes e crenças relacionadas com a depressão perinatal.	Ia, IV
RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO E POLÍTICA DO SISTEMA		**NÍVEL DE EVIDÊNCIA**
Pergunta de investigação # 4: De que forma as organizações, bem como o sistema alargado de cuidados de saúde asseguram a prevenção, avaliação e intervenções eficazes para a depressão perinatal?		
4.0 Organização e Política do Sistema	Recomendação 4.1 Implementar serviços e apoios de saúde mental abrangentes e coordenados para a depressão perinatal em todas as comunidades, a fim de apoiar as estratégias de cuidados prestados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwife*) e pela equipa interprofissional.	Ib, IV

Equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias Orientadores de Boas Práticas da Registerd Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Katherine Wallace, RN, BScN, BHSc (Midwifery), MHS
Guideline Development Lead
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Greeshma Jacob, RN, MScN
Guideline Development Methodologist
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Glynis Gittens, BA (Hons.)
Guideline Development Project Coordinator
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Megan Bamford, RN, BScN, MScN
Senior Manager
Guideline Development and Research
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Lynn Anne Mulrooney, RN, MPH, PhD
Senior Policy Analyst
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Shanoja Naik, PhD, MPhil, MSc, BEd, BSc
Data Scientist/Statistician-Health Outcomes Research, NQuIRE
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Lucia Costantini, RN, PhD
Former Associate Director
Guideline Development, Research & Evaluation
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Laura Legere, RN, MScN
Former Senior Nursing Research Associate
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Ifrah Ali, BA (Hons)
Guideline Development Project Coordinator
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Valerie Grdisa, RN, MS, PhD
Former Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Rita Wilson, RN, MN, MEd
eHealth Program Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Painel de Peritos dos Guias Orientadores de Boas Práticas da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Angela Bowen, RN, PhD
Panel Co-Chair
Professor
College of Nursing and Department of Psychiatry
College of Medicine
University of Saskatchewan
Saskatoon, SK

Phyllis Montgomery, RN, PhD
Panel Co-Chair
Professor, School of Nursing
Laurentian University
Sudbury, ON

Teresa Bandrowska, RM
Lead Midwife, Ottawa Birth and Wellness Centre
Partner, Midwifery Group of Ottawa
Ottawa, ON

Jessica Bawden, RN (EC), MScN
Primary Health Care Nurse Practitioner
Women's College Hospital Family Health Centre
Toronto, ON

Heidi Birks, RPN
Professional Practice Associate
Registered Practical Nurses Association of Ontario
Mississauga, ON

Sue Bookey-Bassett, RN, BScN, MEd, PhD
Research and Development Leader
Collaborative Academic Practice,
Academic Affairs Research & Innovation
University Health Network
Toronto, ON

Barbara Bowles, RN, BScN, PNC(C)
Staff Nurse
Niagara Health
St. Catharine's, ON

Shannon Dowdall-Smith, RN, PhD
Foundational Standard Specialist
Sudbury District Health Unit
Sudbury, ON

Marilyn Evans, RN, PhD
Associate Professor
Arthur Labatt Family School of Nursing
University of Western Ontario
London, ON

Denise Hébert, RN, MSc
Program Manager
Healthy Babies, Healthy Children Program
Ottawa Public Health
Ottawa, ON

Bernadette Kint, RN, BACUR, CCHN
Manager, Healthy Families
Toronto Public Health
Toronto, ON

Karen McQueen, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
Lakehead University
Thunder Bay, ON

Lynn Moulton, RN, BN, MPH, IBCLC
Public Health Nurse
Reproductive Child Health Program
Durham Region Health Department
Whitby, ON

Linda Rankin, EdD(c), MA, BSW, RSW, ECE
Director,
Northern Ontario Postpartum Mood Disorder Strategy
Thunder Bay, ON

Simone Vigod, MD, MSc, FRCPC
Psychiatrist, Women's College Hospital
Assistant Professor, University of Toronto
Toronto, ON

Todos os membros do painel de peritos da RNAO fizeram declarações de interesse que poderiam ser interpretadas como constituindo um conflito real, potencial ou aparente, e foi-lhes pedido que atualizassem regularmente as suas declarações ao longo do processo de desenvolvimento dos GOBP. Foi solicitada informação sobre interesses financeiros, intelectuais, pessoais e outros, que foi documentada para referência futura. Não foram identificados conflitos limitadores. As declarações de interesses concorrentes são publicadas como um documento separado no website da RNAO.

Membros da equipa de Tradução do Guia Orientador de Boas Práticas

Coordenação

Maria José Nogueira, RNMH, MSc, PhD
Comprehensive Health Research Center | CHRC,
Escola Superior Saúde de Santarém (ESSS) Santarem, Portugal

Sónia Brandão, RN, RM, MSc, PhD
CINTESIS@RISE
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) Porto, Portugal

Tradução

Maria do Amparo Leal Sousa Alves
Tradutora profissional para a área científica na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Isabel Cristina Marques Milheiro
Tradutora profissional

Revisores do Guia atualizado

Ana Paula Prata, RN, RM, MSc, PhD
CINTESIS@RISE
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) Porto, Portugal

Carlos Sequeira, RNMH, MSc, PhD
CINTESIS@RISE
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) Porto, Portugal

Delfina Teixeira, RN, Specialist in Medical-Surgical Nursing (SMSN), PhD student
CINTESIS@RISE
Escola Superior Saúde de Santarém (ESSS) Santarem, Portugal

Francisco Sampaio, RNMH, MSc, PhD
CINTESIS@RISE
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) Porto, Portugal

Hélia Dias, RN, MSc, PhD
CINTESIS@RISE
Escola Superior Saúde de Santarém (ESSS) Santarem, Portugal

Margarida Reis Santos, RN, MSc, PhD
CINTESIS@RISE
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) Porto, Portugal
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP), Porto, Portugal

Palmira Oliveira, RN, MSc, PhD student
CINTESIS@RISE
Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) Porto

Agradecimento aos *stakeholders* (partes interessadas)

A RNAO está empenhada em receber feedback de (a) enfermeiros de uma vasta gama de contextos da prática clínica e de diferentes funções, (b) administradores e financiadores de serviços de saúde bem informados, e (c) associações de *stakeholders* (partes interessadas) como parte do processo de desenvolvimento dos guias. Para estes guias, foram solicitados* comentários aos *stakeholders* (partes interessadas) que representam diversas perspetivas, e a RNAO gostaria de agradecer a contribuição dos seguintes indivíduos.

Sarah Anderson, RN, BScN, MN(c)
Nursing Instructor Algonquin College
Ottawa, ON

Philippa Bodolai, MSc, RECE
Analyst, Research and Policy
Peel Public Health
Mississauga, ON

Ruth Burtnik, RN, BScN
Public Health Nurse
Niagara Region Public Health
Thorold, ON

Jaime Charlebois, RN, BScN, PNC(C), MScN
Perinatal Mood Disorder Community Development Coordinator
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Orillia, ON

Barbara Chyzzy, PhD(c)
PhD Candidate, Research
University of Toronto
Toronto, ON

Stefanie Culp, RN, BScN
NICU/Pediatrics
William Osler Health System
Brampton, ON

Ariel Dalfen, MD, FRCP(c)
Psychiatrist, Perinatal Mental Health
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Lisa De Panfilis RN, BScN
Research Assistant
McMaster University
Hamilton, ON

Cindy-Lee Dennis, RN, PhD
Professor and Canada Research Chair in Perinatal Community Health
University of Toronto and St. Michael's Hospital
Toronto, ON

Jocelyne Doucet, RN
Public Health Nurse
Algoma Public Health
Sault Ste. Marie, ON

Jasmine Gandhi, MD, FRCPC
Program Leader
Ottawa Regional Perinatal Mental Health Program
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Valerie Giroux, MDCM, FRCPC
Psychiatrist
Montfort Hospital
Ottawa, ON

Bettyann Goertz, RN, BScN
Staff Nurse
London Health Sciences Centre
London, ON

Meghan Gyorffy, RN, BScN
Public Health Nurse, Child Health Program
Simcoe Muskoka District Health Unit
Gravenhurst, ON

Kimberley Harkness, RN (EC), MN, PNC(C)
Nurse Practitioner
University Health Network
Toronto, ON

The Healthy Human Development Table
Public Health Ontario
Toronto, ON

Carol Johnson, RN, BScN, CMPHN(C) PHN
Postpartum Clinician
Timiskaming Health Unit
New Liskeard, ON

Michelle Jones, RN, BScN
Public Health Nurse
Algoma Public Health
Sault Ste. Marie, ON

Lisa Keenan-Lindsay RN, MN, PNC(C)
Professor of Nursing
Seneca College
Toronto, ON

Margaret Lebold, RN, BSc, BA, BScN
Public Health Nurse
Region of Peel
Mississauga, ON

Nicole Letourneau, RN, BN, MN, PhD, FCAHS
Professor & ACHF Chair
Parent-Infant Mental Health
University of Calgary
Calgary, AB

Madeline Logan-John Baptiste, RN, BSCN, ENC(c), MBA
Patient Care Manager
Mackenzie Health
Richmond Hill, ON

Cailin MacMillan, RN, BNSc
Public Health Nurse
Leeds, Grenville, and Lanark District Health Unit
Gananoque, ON

Grazyna Mancewicz, RSW, MEd
Social Worker/Therapist
Parkdale Community Health Centre
Toronto, ON

Kimberley Marshall, RN, BScN
Public Health Nurse
Leeds, Grenville, and Lanark District Health Unit
Gananoque, ON

Christine McIntee, RN
Lived Experience
Oshawa, ON

Efisia Orsini, RN, BScN, MHA
Public Health Nurse
Niagara Region Public Health
St. Catharines, ON

Sarah Parkinson, RN, MScN, PNC(C)
Clinical Nurse Specialist
London Health Sciences Centre
London, ON

Tanya Patry, RN, BScN, IBCLC
Public Health Nurse
Huron County Health Unit
Walkerton, ON

Laurie Peachey, RN, MN, PNC(C)
Assistant Professor
Nipissing University
North Bay, ON

Cindy Pritchard, NP, RN(EC)
Nurse Practitioner
Outpatient Mental Health
Ontario Shores for Mental Health Sciences
Whitby, ON

Fiona Proctor, RN
Lived Experience
Singhampton, ON

Lorrie Reynolds, RN, BScN, MHA, CHE
Director Maternal Child
Professional Practice/Deputy Chief of Nursing
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Lori Ross, PhD
Associate Professor
Dalla Lana School of Public Health
University of Toronto
Toronto, ON

Rosemary Scofich, RN, BScN, BA
Public Health Nurse
Thunder Bay District Health Unit
Thunder Bay, ON

Joanne Seitz, MSN, WHNP-BC, CPHQ
Women's Health Nurse Practitioner
Kaiser Permanente Napa Solano
Napa, CA, US

Poonam Sharma, RN, MN
Public Health Nurse
Region of Peel, Public Health Division
Mississauga, ON

Janet Siverns, RN, MSc
Reproductive Health Team
Public Health Unit
Oakville, ON

Mary Srebot, RN, PNC(C)
Charge Nurse
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Donna Stewart, CM, MD, FRCPC
Professor
University Health Network
Centre for Mental Health
University of Toronto
Toronto, ON

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd
Staff Nurse
Sinai Health System
Toronto, ON

Tanya Tulipan, MD
Psychiatrist and Physician
Co-Lead Reproductive Mental Health Services
IWK Health Centre
Halifax, NS

Kari Van Camp, RN (EC), MScN, CPMHN(C), CARN-AP, PMHS, CPNP-PC, FNP-BC
Nurse Practitioner
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)
Toronto, ON

Jeanie Wyre-Clarke, RN, BScN, MSN
Public Health Nurse
Toronto Public Health
Toronto, ON

*Os *stakeholders* (partes interessadas) avaliadores para os GOBP da RNAO são identificados de duas formas. Em primeiro lugar, *stakeholders* (partes interessadas) são recrutadas através de um convite público publicado no website da RNAO (RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Em segundo lugar, os indivíduos e as organizações com experiência na área temática dos guias orientadores são identificados pela Equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO e pelo painel de peritos e são diretamente convidados a participar na revisão.

Os *stakeholders* (partes interessadas) avaliadores são indivíduos com conhecimentos especializados no tópico dos guias orientadores ou aqueles que podem ser afetados pela sua implementação. Os revisores podem ser enfermeiros, membros da equipa interprofissional, enfermeiros gestores, administradores, especialistas em investigação, educadores, estudantes de enfermagem ou pessoas com experiência de vida e família. A RNAO pretende solicitar a experiência e as perspetivas *stakeholders* (partes interessadas) que representem diversos sectores dos cuidados de saúde, funções na enfermagem e noutras profissões (por exemplo, prática clínica, investigação, educação e política) e localizações geográficas.

Os revisores são convidados a ler um rascunho completo dos GOBP e a participar na revisão antes da sua publicação. As apreciações dos stakeholders (partes interessadas) são apresentadas através do preenchimento de um questionário. Sobre cada recomendação são colocadas as seguintes perguntas aos *stakeholders* (partes interessadas):

- Este guia é claro?
- Concorda com este guia?
- A discussão da evidência é exaustiva e sustenta o guia?

Os *stakeholders* (partes interessadas) também participaram na validação dos indicadores de qualidade desenvolvidos para avaliar a implementação deste GOBP, preenchendo um questionário. Os *stakeholders* (partes interessadas) avaliaram determinados critérios de validação numa escala de Likert de 7 pontos para cada indicador de qualidade.

Os questionários também oferecem uma oportunidade para incluir comentários e feedback para cada secção dos GOBP. As respostas aos questionários são compiladas e o feedback é resumido pela Equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO. A equipa e os membros do painel de peritos da RNAO analisam e consideram todos os comentários e, se necessário, modificam as recomendações do conteúdo e os indicadores dos GOBP antes da publicação.

Os avaliadores *stakeholders* (partes interessadas) deram o seu consentimento para a publicação dos seus nomes e informações relevantes neste GOBP.
Os dados dos *stakeholders* (partes interessadas) avaliadores estão atualizados à data da sua revisão.

Enquadramento

A depressão perinatal é um tipo de perturbação do humor que ocorre durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto (5 - 7). A depressão perinatal é reconhecida como uma das doenças mentais mais frequentes e, nos países desenvolvidos, a complicação da gravidez mais frequentemente sub-diagnosticada (5 - 7). A depressão perinatal é uma causa significativa do peso da doença a nível mundial, medido pelos custos dos cuidados de saúde, pela morbilidade, pela mortalidade e pelo número de anos de vida da criança, perdidos por doença; na província de Ontário, estima-se que são gastos anualmente 20 milhões de dólares em complicações de tratamentos de depressão pré-natal não tratados ou interrompidos, tais como bebés prematuros e/ou com baixo peso à nascença (8 - 9). A nível mundial, cerca de 10% das pessoas durante a gravidez e 13% durante o início do pós-parto nos países industrializados sofrerão de uma doença mental, principalmente depressão (10). A depressão pode apresentar-se em diferentes momentos durante a gravidez e/ou o pós-parto; pode ser uma doença mental crónica que continua durante a gravidez e o pós-parto, uma nova doença durante a gravidez ou o pós-parto, ou uma recaída (11). A depressão perinatal tem consequências adversas a curto e a longo prazo para a pessoa; essas consequências podem estender-se ao parceiro, aos membros da família e à rede social da pessoa (6, 12). Estas consequências tornam essencial que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwives*) e a equipa interprofissional tenham os conhecimentos e as competências necessárias para rastrear, avaliar, prevenir, intervir e analisar com competência a depressão perinatal (6 - 7).

Qualquer perturbação psiquiátrica pode ocorrer durante a gravidez ou no pós-parto. A secção Contexto de fundo descreve os sintomas e os fatores de risco da depressão perinatal. A perturbação de ajustamento, a ansiedade perinatal e a psicose pós-parto são brevemente introduzidas, mas as suas implicações específicas para as práticas perinatais estão para além do âmbito deste GOBP. A secção começa com uma descrição do blues pós-parto, uma alteração de humor ligeira muito comum. É incluída nos Guias Orientadores para a diferenciar do espetro das perturbações de humor perinatais.

Alterações ligeiras do humor

Problemas pós-parto

É importante diferenciar a depressão pós-parto do blues pós-parto, uma apresentação muito comum com uma prevalência de 30 a 75 por cento em diversas **culturas**[G] que ocorre normalmente nos primeiros três a cinco dias após o parto e se resolve espontaneamente no prazo de duas semanas (6). Os sintomas do blues pós-parto podem incluir choro, agitação, alterações de humor, ansiedade generalizada, perturbações agudas do apetite e do sono, uma perceção de estar sobrecarregado e incerto, e irritabilidade (6). Apesar disso, o blues pós-parto não é uma forma ligeira de depressão e não faz parte do espetro das perturbações de humor perinatais. Não está relacionado com stress ou antecedentes psiquiátricos e não prejudica a capacidade da pessoa para cuidar de si própria ou do seu bebé, nem causa ideações suicidas (6). O blues pós-parto pode ser atribuído à rápida diminuição dos níveis de estrogénio e progesterona após o parto, uma vez que os sintomas normalmente se agravam na primeira semana e depois desaparecem quando os níveis hormonais estabilizam (6, 13). Os cuidados com o blues pós-parto incluem o reconhecimento, a tranquilização, a educação e a consciencialização de que pode ser um fator de risco para a depressão pós-parto (6, 13).

Perturbações do humor

Depressão perinatal - Período pré-natal

A prevalência da depressão pré-natal no Canadá pode variar consoante a população estudada e o **instrumento de rastreio**[G] utilizado (14). Por exemplo, em 2014, a Agência de Saúde Pública do Canadá comunicou uma prevalência de 10%, ao passo que uma amostra comunitária longitudinal indicou uma taxa de 14,1% no início da gravidez e de 10,4% no final da gravidez (15). Apesar da elevada prevalência, as pessoas em risco não são frequentemente detetadas ou tratadas (14).

Os tratamentos para a depressão pré-natal incluem psicoterapias e abordagens farmacológicas, dependendo da gravidade dos sintomas e da reação ao tratamento. As opções de cuidados podem ser complexas e limitadas devido a preocupações com potenciais danos para o feto em desenvolvimento ou com os apoios e serviços disponíveis (16). Como tal, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem apoiar ativamente as grávidas no **processo de tomada de decisões informadas**[G] sobre os seus cuidados (16 - 17). É essencial considerar cuidadosamente os riscos e benefícios para a pessoa e o feto (18).

A depressão não detetada e/ou não tratada durante a gravidez pode contribuir para complicações como a redução da assiduidade às consultas pré-natais, o aumento do consumo de tabaco ou de álcool, o aumento do risco de parto prematuro ou o baixo peso à nascença (6, 14, 16 - 17, 19). No entanto, ao identificar estas complicações, são indicadas as ligações aos determinantes sociais da saúde mental (20). As pessoas que enfrentam desigualdades sociais (como a pobreza, a **discriminação**[G] e o trauma) correm um risco acrescido de sofrer de doenças mentais, em especial as que sofrem de desigualdades múltiplas, e para que as intervenções sejam eficazes e evitem mais discriminação inadvertida, devem reconhecer as causas subjacentes complexas e os fatores que contribuem para a depressão. Por exemplo, as faltas às consultas pré-natais podem dever-se à precariedade do trabalho e ao medo de perder o emprego ou ao facto de se viver na pobreza e não se poder pagar o transporte; o consumo continuado ou crescente de tabaco durante a gravidez pode ser uma estratégia de sobrevivência para reduzir as dores da fome ou gerir emoções stressantes (20 - 21).

Depressão perinatal - Período pós-parto

A depressão pós-parto é a complicação mais comum do parto, com cerca de metade dos casos a começar no período pré-natal (5 - 6). As taxas de prevalência variam; no Canadá, os dados do Canadian Maternity Experience Survey indicaram uma taxa de 8,46% de possível depressão, medida pela Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (com uma pontuação total de 10 - 12) e 8,69% de provável depressão (com uma pontuação total de 13 ou superior) (22). Nos Estados Unidos, foi encontrada uma taxa de prevalência de 21% de depressão pós-parto durante o primeiro ano após o parto (23). Os resultados indicaram que a maioria desenvolveu depressão após o parto (40,1 por cento), por oposição à depressão pré-natal (33,4 por cento) ou pré-concetual (ou seja, antes da gravidez; 26,5 por cento).

A investigação qualitativa sobre a depressão pós-parto fornece informações sobre as experiências vividas pelas pessoas e reflete a continuidade da doença e da recuperação (24). Foram identificadas quatro fases diferentes e únicas que descrevem o percurso da doença até à recuperação da depressão pós-parto:

1. **Descida em espiral:** a experiência de emoções como a ansiedade, o sentimento de esgotamento, o isolamento e a culpa.
2. **A incongruência entre as expectativas e a realidade da maternidade:** a experiência de expectativas contraditórias e o medo de ser rotulado.
3. **Perda generalizada:** um sentimento de perda (incluindo a perda de si próprio, de controlo, de relações com os outros e da voz).
4. **Ganhos:** a experiência de luta pela sobrevivência, a procura de ajuda e reintegração e a mudança.

O reconhecimento dos sintomas, o apoio e o tratamento são essenciais, uma vez que a falta de cuidados conduz a resultados adversos, incluindo um maior isolamento, desamparo e desespero (25). A depressão pós-parto não tratada pode fazer com que a pessoa sinta falta de ligação, gratificação ou realização no seu papel de mãe ou perca sinais para o seu bebé, como a fome ou outras necessidades (26 - 27). Para os filhos de pais com depressão não tratada, existe um risco acrescido de problemas de comportamento e de atrasos no desenvolvimento linguístico, motor, social e cognitivo (26, 28). A longo prazo, as crianças podem correr um risco mais elevado de continuarem a ter problemas emocionais ou de apresentarem comportamentos agressivos na idade adulta (26).

Sintomas de depressão perinatal

Embora os sintomas da depressão pós-parto variem de pessoa para pessoa, normalmente começam nas primeiras quatro a seis semanas após o parto, mas podem ocorrer em qualquer altura durante o primeiro ano após o parto (23, 29). Os critérios dos sintomas da depressão perinatal são variados, consoante a fonte. Por exemplo, a quinta edição do Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders – 5 (DSM-5) (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5) identifica a depressão perinatal como um tipo de perturbação depressiva major com início no peri-parto e sintomas que ocorrem numa base diária ou quase diária durante um período de duas semanas ou mais (29). Os critérios para o diagnóstico de depressão perinatal, de acordo com o DSM-5, incluem a experiência de um humor deprimido ou uma perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente apreciadas, para além de outros sintomas, incluindo:

- dificuldades em dormir (insónia ou hipersónia), quase todos os dias;
- uma perda ou um aumento de peso de, pelo menos, cinco por cento ou mais durante um mês, que não se deva a uma dieta ou a um consumo excessivo;
- agitação observada;
- perda de energia ou fadiga no dia a dia;
- dificuldades de concentração ou de decisão;
- sentimentos de inutilidade ou de culpa inadequados; ou
- pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida com ou sem um plano específico (29).

A **Tabela 4** apresenta uma lista de sinais e sintomas adicionais de depressão perinatal, aqui categorizados de acordo com o humor, os pensamentos e a saúde/comportamento físico.

Tabela 4: Humores, pensamentos e saúde física/comportamentos associados à depressão perinatal

MOODS (HUMORES)	PENSAMENTOS	SAÚDE FÍSICA/ COMPORTAMENTOS
■ Tristeza ■ Perda de interesse ou prazer (anedonia) ■ Sentimentos de culpa ■ Alterações de humor ■ Ansiedade ■ Desespero ■ Medo de ficar sozinho com o bebé devido a dificuldades em lidar com a situação	■ Dificuldades de concentração ■ Baixa autoestima ■ Perda de concentração ■ Dificuldades na tomada de decisões e nos processos de pensamento ■ Ideação suicida ■ Preocupação excessiva ■ Irritabilidade ■ Auto-dúvida nas atividades, como cuidar do bebé	■ Perda de apetite ■ Alterações no aspeto físico ■ Perturbações do sono ■ Lágrimas ■ Pouca energia

Fontes: Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. Ital J Psychopath. 2009;15(4):351–366; O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013; 9:379–407; and Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. Holist Nurs Pract. 2012;26(4):203–209.

Alguns sintomas de depressão perinatal, como as perturbações do sono e a irritabilidade, também são comuns na gravidez, pelo que a gravidade e o impacto no estado funcional necessitam de uma avaliação mais aprofundada para determinar se são sintomas de depressão ou uma transição normal. Do mesmo modo, uma vez que os sentimentos experimentados durante a prestação de cuidados ao bebé, como a dúvida ou a preocupação, podem assemelhar-se à depressão perinatal, é importante que os enfermeiros e a equipa interprofissional estejam informados sobre as diferenças para poderem determinar se está ou não a desenvolver-se uma depressão (6 - 7, 30).

Embora os sintomas da depressão perinatal possam variar, pode haver semelhanças na forma como as pessoas expressam ou descrevem os seus sintomas, tal como indicado na **Tabela 5**.

Tabela 5: Exemplos de afirmações que sugerem sintomas de depressão

SINTOMA DE DEPRESSÃO	EXEMPLO DE FRASES PARA DESCREVER ESTES SINTOMAS
Pouca energia, letargia	*"Tudo é um esforço".*
Baixa autoestima	*"Sou um fracasso como pai, pessoa e cônjuge".*
Tristeza	*"Quero chorar a toda a hora."*
Ideação suicida	*"Acho que toda a gente ficaria melhor sem mim."*
Ansiedade, arrependimento, remorso	*"Cometi um erro terrível."*
Perda de concentração, desorientação, confusão	*"Sinto-me como se estivesse a viver num nevoeiro".*

Fonte: Accortt E, Wong M. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. Obstet Gynecol Surv. 2017;72(9):553-568.

Fatores de risco para a depressão perinatal

A etiologia da depressão perinatal é única para cada pessoa e frequentemente multifatorial (6, 31). Como tal, as circunstâncias e situações da vida que afetam a saúde mental e o risco de depressão devem ser reconhecidas. Através dos processos de recolha do historial, rastreio e avaliação da depressão perinatal, a consciência dos fatores de risco pode apoiar a identificação desses fatores e a potencial necessidade e benefícios das intervenções (20).

Várias recomendações neste GOBP referem-se a pessoas em risco de depressão perinatal e reconhecem o impacto que os fatores de risco múltiplos ou intersetados, incluindo os determinantes sociais da saúde mental, têm no aumento do risco de depressão perinatal. As pessoas que vivem com desigualdades sociais podem estar em maior risco (6, 20, 32). Por exemplo, pessoas como os novos imigrantes que enfrentam barreiras no acesso a serviços e apoios de saúde mental devido a fatores como a indisponibilidade de serviços na sua língua materna ou o baixo poder de decisão de uma família podem estar em maior risco de depressão perinatal (33).

A **Tabela 6** lista os fatores de risco para a depressão perinatal, categorizados em três níveis: forte, moderado e fraco. Na listagem dos fatores de risco, os identificados como os mais fortes são caracterizados como variáveis com maior probabilidade de depressão perinatal; os riscos moderados são aqueles com um nível médio de risco; e os fatores de risco fracos são aqueles com menor risco de depressão perinatal. São apresentados exemplos de fatores de risco, mas não se pretende que sejam exaustivos em relação a todas as possibilidades.

Tabela 6: Fatores de risco para a depressão perinatal

FATORES DE RISCO FORTES	FATORES DE RISCO MODERADOS	FATORES DE RISCO FRACOS
■ Antecedentes de doença psiquiátrica, incluindo depressão ou ansiedade em qualquer altura, incluindo, mas não se limitando a, durante o período perinatal ■ Sintomas pré-natais de ansiedade ■ O aparecimento de depressão durante a gravidez ou no pós-parto	■ Acontecimentos de vida stressantes (por exemplo, rutura de uma relação ou divórcio, perda de emprego, encarceramento, insegurança habitacional) ■ Estatuto de refugiado ou de imigrante ■ Baixo apoio social ou perceção de baixo apoio ■ Resultado(s) obstétrico(s) desfavorável(is) ■ Baixa autoestima ■ Um historial de abuso físico ou sexual durante infância ou idade adulta ■ Violência entre parceiros íntimos ■ Um historial de trauma reprodutivo (por exemplo, infertilidade) ■ Luto relacionado com aborto espontâneo, nado-morto ou perda de um bebé ■ Consumo de substâncias, incluindo o consumo de tabaco	■ Baixo estatuto socioeconómico ■ Falta de companheiro ou companheira; pai solteiro ■ Gravidez, tal como definida pela pessoa, como não planeada ou não desejada ■ Desafios à amamentação, incluindo a falta de apoio social ou de apoio de um **profissional de saúde**[G]

Fontes: Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(3):1-11; Ferszt G, Hickey J, Seleyman K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. J Forensic Nurs. 2013;9(2):105-10; Hamdan A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. Int J Psychiatry Med. 2012;43(3):243–259; Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depression symptomatology? Psychother Psychosom. 2012;81(2): 98–107; Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depression symptoms during pregnancy: A systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(1):5–14; and O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013; 9:379–407.

Perturbações de ajustamento

As perturbações de ajustamento são comuns e podem apresentar-se como humor deprimido (incluindo depressão perinatal), ansiedade ou ambos (29). As características diagnósticas da perturbação de ajustamento, tal como identificadas pela American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria) no DSM-5, incluem sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um fator de stress específico, como um acontecimento de desenvolvimento (por exemplo, tornar-se pai ou mãe) ou outro acontecimento (por exemplo, um parto "difícil" ou a perda de uma gravidez) em que a resposta de angústia da pessoa excede o que seria normalmente esperado em termos de intensidade, qualidade ou duração ou quando tem um impacto negativo na função (29). A perturbação ocorre no prazo de três meses a partir do evento do stressor e resolve-se no prazo de seis meses após o mesmo.

Ansiedade perinatal

Em comparação com a depressão perinatal, a ansiedade perinatal é menos compreendida (34). Como é um fator precipitante da depressão pós-parto, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem avaliar os sintomas de ansiedade como uma comorbilidade com a depressão pós-parto ou como uma condição separada no período perinatal (34). A prevalência e o tipo de ansiedade durante a gravidez e o pós-parto variam consoante as populações estudadas (34). Estima-se que até 10% das mulheres grávidas terão uma perturbação de ansiedade generalizada (ou seja, um tipo de ansiedade com preocupações não específicas relativamente a vários aspetos da vida) e até 5% terão uma perturbação de pânico (ou seja, um tipo de ansiedade caracterizada por um medo súbito e excessivo) (34).

As perturbações de ansiedade podem apresentar-se clinicamente com sintomas como agitação, distorções cognitivas, preocupação constante, pensamentos acelerados, falta de ar, palpitações cardíacas e inquietação (34). As grávidas que sofrem de ansiedade podem apresentar preocupações e comportamentos únicos, tais como:

- Pensamentos recorrentes sobre o feto que podem interferir com o papel e o funcionamento social da pessoa e que contribuem para gerar um estado emocional elevado (34).
- Experiências de pânico e preocupações com a possibilidade de os ataques de pânico complicarem a gravidez (34).
- As náuseas e os vómitos são mais frequentemente referidos (34).
- Pedir mais consultas pré-natais do que outras (34).
- Aumento das faltas ao trabalho devido a dificuldades em lidar com as alterações fisiológicas normais associadas à gravidez (34).
- Aumento dos relatos relativos aos movimentos fetais (aumento ou diminuição) (35 - 36).

Durante o parto, as complicações relacionadas com a ansiedade podem incluir trabalho de parto prematuro, incluindo rutura prematura das membranas, bebés com baixo peso à nascença ou um maior risco de nascimento por cesariana (35 - 37). No pós-parto, os sintomas de ansiedade podem ser agravados pela privação de sono, pelos cuidados a um recém-nascido ou pelas transições físicas, psicológicas e sociais associadas à parentalidade (34).

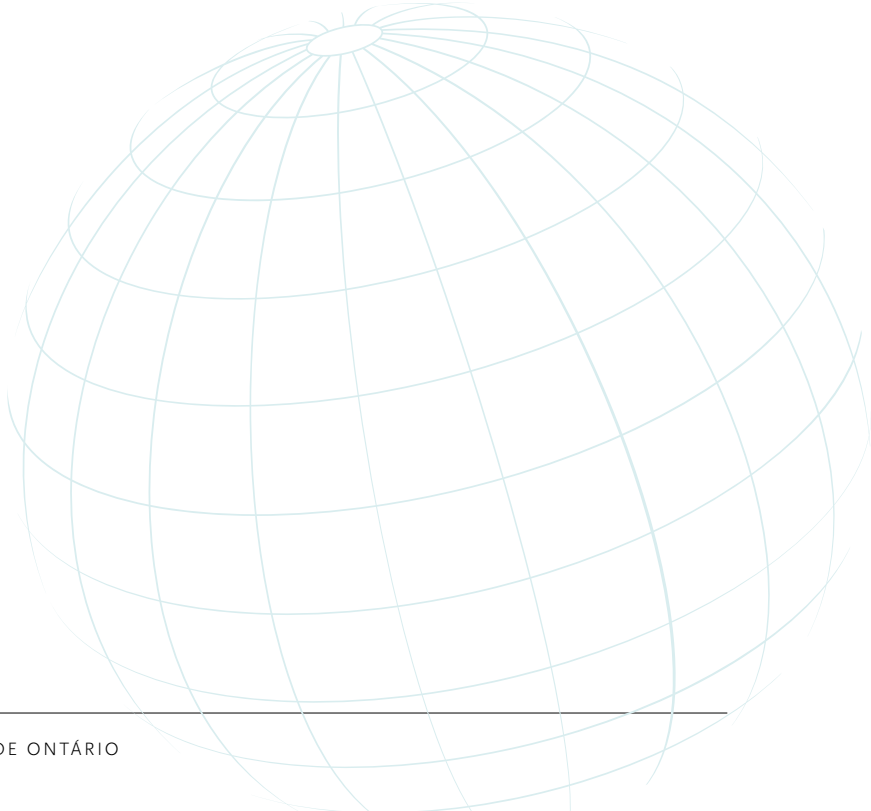
A ansiedade perinatal pode estar correlacionada com a depressão durante a gravidez e no pós-parto (38). Existe uma correlação positiva entre o desenvolvimento de perturbações de ansiedade no final da gravidez para pessoas que sofrem de depressão em simultâneo (39). Os sintomas de ansiedade pré-natal tardia também são preditivos do agravamento dos sintomas de depressão nos primeiros três meses após o parto (30, 39).

Para medir a ansiedade perinatal, pode ser usada uma ferramenta de rastreio, como a EPDS, uma vez que mede tanto os sintomas de depressão como os de ansiedade (37). Não foi estabelecida uma ferramenta válida específica para a ansiedade perinatal, uma vez que a viabilidade e a utilidade do rastreio da ansiedade ainda estão a ser determinadas (37).

Psicose pós-parto

A psicose pós-parto é a forma mais rara e mais grave de doença psiquiátrica pós-parto, ocorrendo em 0,1 a 0,5 por cento das pessoas (6, 30). Trata-se de uma emergência psiquiátrica de um evento psicótico agudo com um início clínico rápido; os sintomas apresentam-se normalmente nas primeiras duas a quatro semanas após o parto (6, 40). É um estado em que a pessoa tem delírios ou alucinações bizarras (por exemplo, o bebé é um demónio) e/ou discurso, pensamentos ou comportamentos desorganizados (6, 30). A pessoa experimenta uma confusão avassaladora e alterações intensas no seu estado emocional, como alterações de humor (6). A psicose pós-parto requer uma avaliação psiquiátrica urgente, na maioria das vezes num contexto de cuidados agudos. Uma psicose não tratada é um potencial fator de risco de automutilação, suicídio ou danos para o bebé ou outras crianças, pelo que é necessária supervisão para proteger a pessoa (6, 30, 41).

Devido ao estado psicótico, pode ser necessário que um parceiro ou membro da família defenda ou procure serviços de saúde mental ou apoio para a depressão perinatal, uma vez que a pessoa afetada pode não ter conhecimento do seu estado ou ser incapaz de aceder aos serviços (6, 30). O prognóstico é tipicamente favorável, com uma recuperação completa depois de a psicose pós-parto ter sido identificada e tratada (6, 30). A causa subjacente da psicose pós-parto é desconhecida, mas as pessoas com historial de perturbação bipolar ou com uma psicose pós-parto anterior têm um risco acrescido (6, 30).



Quadros de orientação

Foram utilizados os seguintes enquadramentos para orientar as revisões sistemáticas e o desenvolvimento de recomendações: determinantes sociais da saúde mental, **cuidados centrados na pessoa**[G] e tomada de decisão informada. Cada enquadramento fornece conhecimentos pré-requisitos fundamentais como pano de fundo para o tópico clínico. Recomenda-se que os enfermeiros e a equipa interprofissional recebam educação e formação adequadas através do desenvolvimento profissional no que diz respeito a estes quadros orientadores e que os apliquem na sua prática diária.

Determinantes sociais da saúde mental

Ao trabalhar em colaboração com pessoas que estão em risco ou que sofrem de depressão perinatal, é essencial reconhecer os determinantes sociais que afetam a sua saúde e bem-estar, incluindo a sua saúde mental (20). Estes determinantes incluem o local de nascimento de uma pessoa, o local onde cresceu e onde vive atualmente, o seu trabalho, a sua idade e outras forças e condições económicas, sociais, culturais, políticas e ambientais (42). Os determinantes sociais da saúde mental incluem as iniquidades em matéria de saúde que são modificáveis, uma vez que derivam das desigualdades sociais (20, 42). São sistémicas na sua distribuição pela população e são inerentemente injustas (43). As políticas públicas, incluindo as relativas aos serviços de saúde mental e aos apoios à depressão perinatal, podem abordar a divisão desigual do poder e dos recursos e melhorar as condições da vida quotidiana ao longo da vida, incluindo durante a gravidez e o pós-parto, e em múltiplos setores e níveis em áreas como o trabalho, a educação e os programas sociais (20, 42).

Os enfermeiros e a equipa interprofissional devem reconhecer a importância dos determinantes sociais da saúde mental para defender e trabalhar eficazmente no sentido de eliminar as desigualdades na saúde (44). O conhecimento do impacto dos determinantes sociais da saúde mental tem de ser incorporado em todos os componentes dos cuidados de depressão perinatal (rastreio, avaliação, prevenção, intervenções e análise).

Cuidados centrados na pessoa

Os cuidados centrados na pessoa são uma abordagem aos cuidados que é benéfica para as pessoas em risco ou que sofrem de depressão perinatal. Centram-se no conhecimento da **pessoa como um todo**[G], nas suas experiências de saúde e no papel do parceiro e da família na vida da pessoa (incluindo o papel que podem desempenhar no apoio à pessoa para alcançar a saúde) (45 - 46). Os cuidados centrados na pessoa são organizados em torno da pessoa e com ela, refletindo as suas necessidades, cultura, valores, crenças e estados de saúde em mudança (47). Respeitam as preferências da pessoa, demonstram **sensibilidade cultural**[G] e **consciência cultural**[G] e envolvem a partilha de poder numa **relação terapêutica**[G] para melhorar os resultados clínicos e a satisfação com os cuidados (48). É uma mudança em relação ao modelo biomédico, em que a pessoa é vista dentro de uma doença como alguém que deve ser diagnosticado e tratado (45 - 46). Para mais informações sobre o papel dos enfermeiros e da equipa interprofissional e a prestação de **cuidados centrados na pessoa e na família**[G], consultar o RNAO clinical BPG 2015 *Cuidados centrados na pessoa e na família* em http://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care

Tomada de decisões informada

Ao longo do período perinatal, as grávidas e puérperas tomam decisões sobre os seus cuidados. Estas decisões podem ser influenciadas pelas suas crenças, valores e circunstâncias sociais. É da responsabilidade dos enfermeiros e da equipa interprofissional facilitar a tomada de decisões informadas, colaborando com as pessoas e as famílias (quando aplicável) e fornecendo informações baseadas na evidência (49). Os enfermeiros têm a responsabilidade ética de reconhecer, respeitar e promover o direito de uma pessoa a tomar decisões informadas (49).

A Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses (AWHONN) (Associação de Enfermeiros de Saúde da Mulher, Obstétricos e Neonatais) identifica a tomada de decisões informada como um valor fundamental da prática de enfermagem de saúde materna e obstétrica (50). Afirma que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwives*) devem:

- Respeitar e promover a autonomia das mulheres, ajudando-as a satisfazer as suas necessidades de saúde através da obtenção de informações e serviços adequados.
- Fornecer às mulheres e às famílias informações baseadas em evidências para facilitar a tomada de decisões informadas.
- Trabalhar em parceria com as mulheres e as suas famílias, respeitando a sua opinião e apoiando as suas escolhas, sempre que possível.
- Defender as mulheres, os recém-nascidos e as famílias no contexto da lei e dos processos institucionais.
- Trabalhar em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde para apoiar as escolhas de cuidados das mulheres e das famílias, sempre que possível (49, p.22).

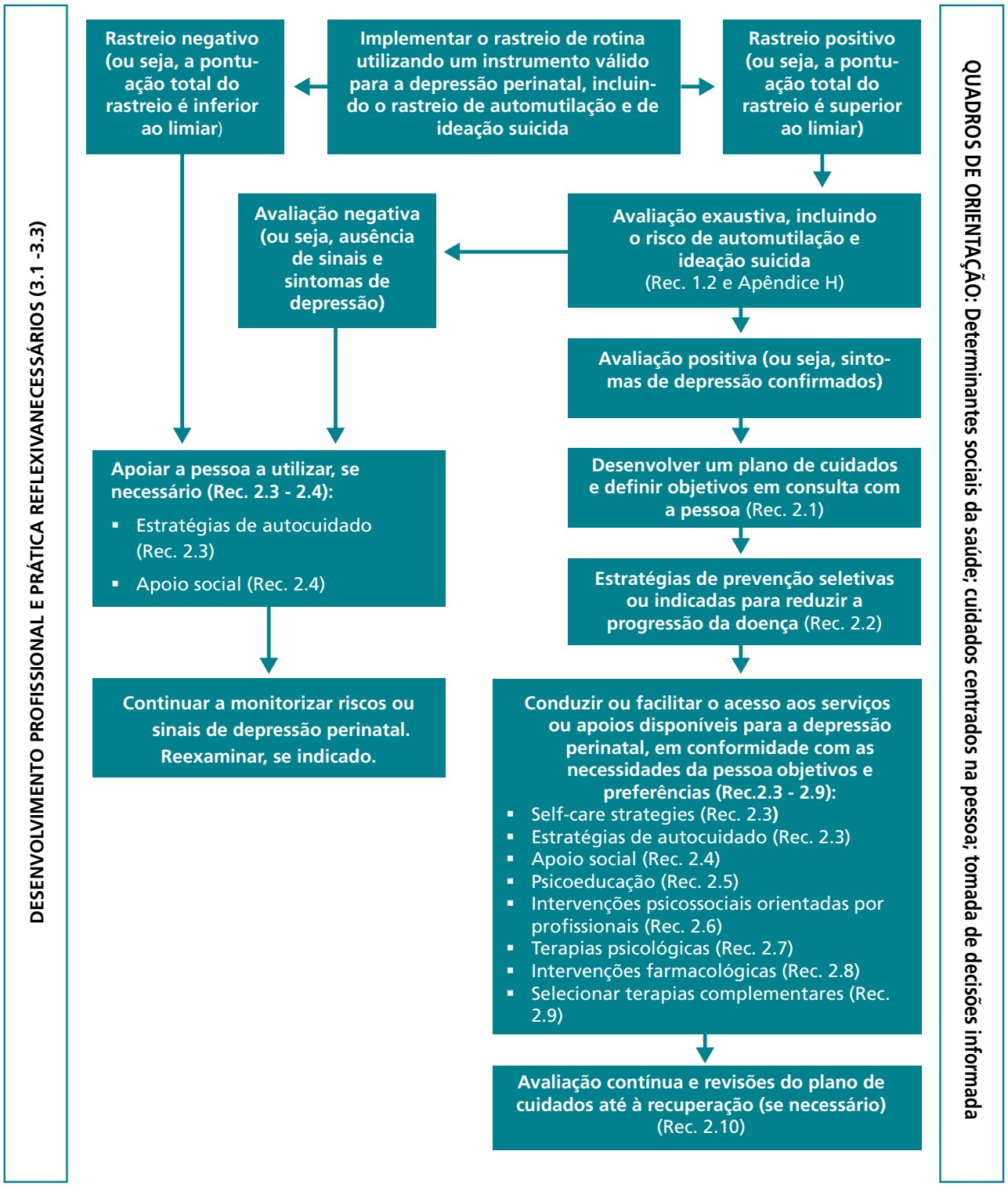
Algoritmo para o tratamento da depressão perinatal

O painel de peritos desenvolveu um algoritmo que representa todas as recomendações para a prática e educação para este guia. O algoritmo incorpora os princípios orientadores de uma abordagem centrada na pessoa, a tomada de decisões informada e os determinantes sociais da saúde mental como fatores que influenciam os resultados em termos de saúde. Deve ser utilizado em todos os contextos de prática em que são prestados cuidados a pessoas durante a gravidez e no pós-parto até um ano após o parto (**Figura 1**, na página seguinte). Nas comunidades onde existe um acesso limitado e/ou disponibilidade de serviços de saúde mental e de apoio à depressão perinatal, o algoritmo pode orientar a mobilização e o planeamento destes serviços essenciais.

O algoritmo inclui estratégias para os cinco componentes do tratamento da depressão perinatal descritos neste GOBP: rastreio, avaliação, prevenção, intervenções e análise. Os cuidados com a depressão perinatal começam com o rastreio de rotina, sendo indicada uma avaliação de *follow-up* (seguimento) para as mulheres com um rastreio positivo. Recomenda-se que a seleção da ferramenta de rastreio e a respetiva pontuação de corte sejam escolhidas com base em resultados de investigação e apoiadas por políticas organizacionais. O **Apêndice G** apresenta considerações sobre a seleção de um instrumento de rastreio da depressão perinatal pelas organizações.

Na sequência do rastreio de rotina, as pessoas com um rastreio negativo (ou seja, uma pontuação total inferior a um limiar) são informadas sobre as estratégias de autocuidado e os benefícios do apoio social. Para as pessoas com um rastreio positivo (ou seja, uma pontuação total acima de um limiar) e uma avaliação positiva para identificar a depressão perinatal, os serviços e apoios de saúde mental serão selecionados em colaboração, incluindo terapias psicossociais, psicológicas, farmacológicas ou psicoeducativas, para além de exemplos e benefícios de estratégias de autocuidado e apoio psicossocial, ou terapias complementares selecionadas. É necessária uma avaliação contínua e revisões do plano de cuidados, incluindo a determinação da eficácia dos serviços e apoios, até que a recuperação seja alcançada.

Figura 1: Algoritmo para o tratamento da depressão perinatal



***Se, em qualquer fase da aplicação deste algoritmo, tiver motivos razoáveis para suspeitar que um lactente ou uma criança está ou pode estar a precisar de proteção, comunique imediatamente as suas suspeitas, preocupações e as informações em que se baseiam aos serviços locais de proteção da criança.**

Recomendações para a prática

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO N.º 1

No domínio da saúde mental perinatal, quais são as estratégias de rastreio e avaliação eficazes para identificar sintomas de depressão perinatal durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto?

RECOMENDAÇÃO 1.1:

Rastreio de rotina do risco de depressão perinatal, utilizando um instrumento válido, como parte dos cuidados pré-natais e no pós-parto.

Nível de Evidência do Resumo: Ia, IV, V

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 1; Moderada = 3; Baixa = 1; Diretriz: Alta = 1

Discussão da evidência:

Resumo da evidência

O painel de peritos recomenda vivamente o rastreio de rotina da depressão perinatal a todas as grávidas e puérperas até um ano após o parto, uma vez que continua a ser pouco reconhecida e não tratada como doença mental, apesar dos tratamentos disponíveis. O rastreio de rotina da depressão perinatal proporciona um mecanismo de identificação precoce das pessoas que necessitam de uma avaliação mais aprofundada, de planeamento de cuidados e de início de serviços e apoio de saúde mental (se for caso disso) para reduzir os resultados adversos para a saúde da pessoa, do seu bebé e da família a curto e a longo prazo (51 - 52). Além disso, as intervenções precoces através do rastreio de rotina podem reduzir o **estigma**[G], derrubar as barreiras associadas à identificação de uma doença mental e detetar quase 50% das pessoas com depressão perinatal (53). O rastreio de rotina também está positivamente associado a uma maior deteção (em comparação com o rastreio padrão que depende frequentemente do juízo clínico ou da recolha do histórico pelos prestadores de cuidados de saúde) e uma diminuição significativa dos sintomas de depressão (51).

Os presentes guias não promovem um instrumento específico de rastreio ou de avaliação da depressão perinatal, uma vez que as questões de investigação que deram forma às revisões sistemáticas se centraram na identificação de intervenções eficazes para apoiar o rastreio e a avaliação da depressão perinatal. Em vez disso, no **Apêndice E** são incluídos exemplos de instrumentos de rastreio válidos discutidos na literatura, incluindo a EPDS.

Rastreio efetuado por enfermeiros e pela equipa interprofissional em diversos contextos

O rastreio da depressão perinatal pode ser realizado de forma eficaz por enfermeiros com formação e por membros da equipa interprofissional em diversos contextos, presencialmente e por telefone (51, 54). Os exemplos incluem cuidados primários e contextos pediátricos (por exemplo, clínicas de cuidados do bebé, serviços de urgência), bem como a residência da pessoa (51, 54).

Para ser eficaz, o rastreio deve fazer parte de uma estratégia abrangente que inclua um *follow-up* (seguimento) coordenado, independentemente dos resultados do rastreio (55). O rastreio não pode ser efetuado isoladamente, e sem acesso a uma avaliação de *follow-up* (seguimento) e encaminhamento, quando indicado. Nas regiões que não dispõem de serviços de saúde mental e de apoio à depressão perinatal, o painel de peritos recomenda a continuação do rastreio e a promoção de serviços locais integrados. Podem ser considerados formatos alternativos de rastreio da depressão perinatal, como o telefone ou a Internet. No entanto, como parte de um processo de consentimento informado antes do rastreio, deve ser incluída a transparência relativamente aos apoios e serviços disponíveis.

Frequência e calendário do rastreio da depressão perinatal

A evidência sobre o momento e a frequência ideais para o rastreio da depressão perinatal são inconsistentes. Por exemplo, num contexto obstétrico, o rastreio foi programado duas vezes no período pré-natal (ou seja, na primeira consulta e às 26-28 semanas de gestação) e uma vez no período pós-parto, três a oito semanas após o parto (51). Num contexto de cuidados de saúde primários, o rastreio é efetuado uma vez por rotina, duas a três semanas após o parto (26), e um, três e seis meses após o parto, num contexto de bem-estar do bebé (55). A US Preventative Services Task Force (Grupo de Ação de Serviços Preventivos dos EUA), a American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatria) e o American College of Obstetricians and Gynecologists (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas) apoiam o rastreio universal pelo menos uma vez ou mais durante o período perinatal, mas não recomendam um momento específico (51, 55). Para mais informações sobre as recomendações destas associações relativas à frequência e ao momento do rastreio da depressão perinatal, consultar a secção "Recursos de apoio". Uma vez que os resultados não são consistentes, não podem ser feitas recomendações sobre a frequência e o momento específicos.

Como responder ao rastreio do risco de automutilação ou suicídio materno

Muitos instrumentos de rastreio da depressão perinatal incluem uma ou mais perguntas relativas a um potencial risco de automutilação ou suicídio (56). Um rastreio positivo para suicídio ou automutilação, independentemente de a pontuação total do rastreio estar acima ou abaixo do limiar, justifica uma **avaliação abrangente**[G] do risco por parte do enfermeiro e da equipa interprofissional; isto inclui evidência de ideação suicida, planos, letalidade e meios (56). Além disso, devem ser feitas perguntas sobre quaisquer riscos de segurança para o bebé e outras crianças (se aplicável), uma vez que a sua segurança é fundamental (56). Estes passos devem ser seguidos pelo enfermeiro e pela equipa interprofissional sempre que necessário, independentemente da fase de rastreio, avaliação, prevenção, intervenção e avaliação. Mais informações relativas à resposta à ideação suicida materna podem ser encontradas no **Apêndice H**.

Benefícios e Danos

Um estudo qualitativo indicou que as pessoas que foram rastreadas para a depressão perinatal sentiram angústia e desconforto quando questionadas sobre histórias traumáticas anteriores ou preocupações com pensamentos suicidários devido à natureza pessoal desses acontecimentos (57). Além disso, alguns participantes lamentaram ter revelado um historial de depressão ou ansiedade, pois sentiram que os profissionais de saúde se concentraram demasiado neste aspeto do seu histórico de saúde.

Valores e preferências

A aceitação do rastreio da depressão perinatal é maior quando os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica com a pessoa e quando é dada uma explicação completa sobre a utilização do instrumento de rastreio. Por exemplo, os resultados qualitativos indicam que as pessoas aceitavam melhor o rastreio e a avaliação de *follow-up* (seguimento) da depressão perinatal quando estes eram executados por um profissional de saúde que conheciam e em quem confiavam (58).

Notas práticas

Pontuações de rastreio

No que respeita às pontuações de rastreio, a evidência de qualidade moderada e forte indica que devem ser tomadas as seguintes considerações de Enfermagem:

- A pontuação total e a interpretação dos resultados - e, quando indicado, o seguimento - são idealmente discutidos imediatamente após a ferramenta de rastreio ter sido completada (59).
- Para as pessoas com pontuações acima do ponto de corte que indica um rastreio positivo, o apoio, a informação sobre a depressão e um plano de cuidados individualizado são essenciais (59). O enfermeiro ou membro da equipa interprofissional deve estar ciente de que um rastreio positivo pode desencadear receios, tais como ser rotulado como um pai incompetente, ver-lhe retirado o seu bebé ou ter dificuldades em arranjar trabalho ou atravessar fronteiras (59).
- A pontuação total do rastreio deve ser interpretada com prudência. As pontuações abaixo do ponto de corte do rastreio justificam uma avaliação mais aprofundada se o juízo clínico suspeitar da presença de sintomas de depressão (53). As pontuações acima do ponto de corte indicam uma avaliação mais aprofundada, uma vez que esta incluirá pessoas que não estão deprimidas; isto é uma função da sensibilidade de uma ferramenta de rastreio, que lhe permite assegurar melhor a deteção das pessoas em maior risco (53). Nestes casos, o enfermeiro ou um membro da equipa interprofissional pode tranquilizar a pessoa quanto ao facto de um rastreio positivo não ser uma determinação de depressão e que uma avaliação posterior deve identificar e confirmar a ausência de risco de depressão.

Considerações sobre a administração de um instrumento de rastreio da depressão perinatal

Ao administrar um instrumento de rastreio da depressão perinatal, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem i) reconhecer as necessidades de informação e apoio da pessoa, ii) reconhecer a disponibilidade da pessoa para o rastreio da depressão perinatal e iii) integrar os antecedentes e práticas culturais da pessoa.

I. RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E APOIO DA PESSOA
Iniciar o processo de rastreio com uma discussão geral sobre a saúde mental e o bem-estar da pessoa. Esta discussão pode fazer parte de uma visita inicial, de acordo com o processo de tomada de decisão do enfermeiro ou membro da equipa interprofissional (56).
Explicar completamente o objetivo do instrumento de rastreio, de modo que a pessoa seja informada da natureza e da intenção do instrumento para apoiar o consentimento e a aceitação (57, 59). Assegurar que a pessoa compreende que uma pontuação elevada acima do limiar não é um diagnóstico nem uma indicação para tratamento; em vez disso, é uma indicação para uma avaliação mais aprofundada (11).
Tomar medidas para apoiar o conforto e a privacidade da pessoa durante a administração do instrumento de rastreio. Isto inclui manter um diálogo aberto sobre quaisquer preocupações que a pessoa possa ter sobre o processo de rastreio ou permanecer flexível em relação ao momento e à utilização do rastreio (59).
Reconhecer que o rastreio da depressão perinatal pode ser considerado intrusivo (57). O estilo, a abordagem e a confiança demonstrada pelo profissional de saúde são fundamentais para garantir que a pessoa se sinta capacitada e apoiada para procurar ajuda quando indicado (57).
A demonstração de uma atitude carinhosa e empática, um ambiente sem pressa e um interesse demonstrado pela pessoa e pela sua pontuação no rastreio podem facilitar o apoio e minimizar qualquer vergonha ou estigma que a pessoa possa sentir ao discutir preocupações sobre a sua saúde mental (59).
Como parte de uma prática relacional que aplica uma abordagem holística e centrada na pessoa, procurar contextualizar a experiência vivida pela pessoa e as suas necessidades de cuidados de saúde. Incorporar uma compreensão dos fatores pessoais, interpessoais e sociais, reconhecendo quaisquer desigualdades e estruturas sociais que possam influenciar o processo de rastreio e os resultados do rastreio (59 - 60).

II.	RECONHECIMENTO DA DISPONIBILIDADE DA PESSOA PARA SER RASTREADA
	Comunicar à pessoa que a realização do processo de rastreio é voluntária e requer o seu consentimento (57). A pessoa mantém o direito de recusar ou não responder a qualquer (ou a todos) os componentes do instrumento de rastreio.
	Para dar o seu consentimento, as pessoas devem estar plenamente conscientes da forma como o instrumento de rastreio será utilizado durante o plano de cuidados, incluindo o eventual *follow-up* (seguimento) (57).
	O consentimento de uma pessoa para completar um processo de rastreio não implica o consentimento para qualquer *follow-up* (seguimento) posterior. Isto é verdade independentemente da pontuação e da avaliação do rastreio, exceto em casos de risco urgente identificado de automutilação, suicídio, infanticídio ou danos a terceiros (57).
	Quando o consentimento não é dado, pode perguntar-se sobre quaisquer alterações de humor ou sobre a presença de quaisquer sintomas de depressão, em vez de se proceder a um processo de rastreio formal. A proposta de rastreio formal deve ser feita numa consulta de *follow-up* (seguimento), se a pessoa der o seu consentimento (57, 59).

III. INTEGRAÇÃO DO CONTEXTO E DAS PRÁTICAS CULTURAIS DA PESSOA

Os enfermeiros e a equipa interprofissional devem reconhecer e integrar a consciência e a sensibilidade culturais em todo o processo de rastreio. As grávidas e as puérperas podem sentir e expressar sinais e sintomas de depressão de forma diferente, consoante a sua cultura (61).

Para prestar cuidados culturalmente sensíveis, são essenciais os seguintes componentes:

- Reconhecer que as pessoas que são menos proficientes na língua do país onde residem, ou que são imigrantes recentes, correm um risco acrescido de depressão perinatal (48).
- Procurar estabelecer uma relação terapêutica, ultrapassando as dificuldades linguísticas, estabelecendo confiança e estabelecendo uma ligação com a pessoa, uma vez que a qualidade da relação é fundamental para um rastreio, uma avaliação e uma possível intervenção eficazes. Ao demonstrar compaixão e interesse genuíno em conhecer a cultura, as circunstâncias de vida e a forma de educar do indivíduo, a pessoa pode ser capacitada. Também é importante estar disponível, ser recetivo e responder às necessidades (48).
- Os intérpretes podem ser úteis, mas o enfermeiro ou um membro da equipa interprofissional deve prestar atenção, em cada encontro, a quaisquer sinais verbais ou não verbais de depressão perinatal. Observar sinais como o facto de a pessoa parecer cansada ou ter uma expressão facial rígida ou um olhar vazio.
  A pessoa pode aparentar falta de interesse pelo bebé ou ser lenta a responder às suas sugestões. Os comportamentos sugestivos de depressão perinatal incluem ficar calada, não fazer perguntas ou dar apenas respostas breves, parecer apressada nas visitas ou, pelo contrário, ter muitas perguntas e preocupações e procurar constantemente ajuda ou garantias (48).
- Se um instrumento de rastreio for utilizado com um intérprete cultural, a validade do instrumento pode ser ameaçada. Poderão ser necessárias explicações e esclarecimentos adicionais (48). A seleção do instrumento de despistagem deve ter em conta as línguas disponíveis e a validade do instrumento traduzido (61). Ver **Apêndices E** e **G** para mais pormenores sobre os instrumentos de rastreio da depressão perinatal.
- Um rastreio com uma pontuação total de zero sugeriria a ausência absoluta de risco de depressão perinatal. No entanto, a pontuação pode, pelo contrário, refletir, em algumas culturas, a vergonha e a culpa associadas à existência de uma doença mental. Nestes casos, a observação dos sinais e sintomas de depressão perinatal e o estabelecimento de uma relação terapêutica são essenciais para poder falar com a pessoa sobre a sua saúde mental. A utilização de conhecimentos tácitos baseados na prática e na experiência dos profissionais de saúde também pode ser benéfica para a interpretação do humor (48).
- Para algumas pessoas, o facto de um profissional de saúde lhes dar conselhos práticos e orientações sobre o seu plano de cuidados foi considerado útil (48).

Ver **Apêndice D** (Diversidade entre pessoas grávidas e em pós-parto com depressão perinatal) e a secção "Recursos de apoio" para mais pormenores sobre considerações culturais nos serviços de saúde mental e apoio na depressão perinatal.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
APOIO DA EQUIPA INTERPROFISSIONAL PARA O RASTREIO DE ROTINA DA DEPRESSÃO PERINATAL	
American College of Obstetricis and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630 Obstet Gynecol. 2015;125:1268-1271. Disponível em: https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression	■ As recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists sobre o rastreio da depressão perinatal incluem que este deve ser fortemente considerado, no mínimo, uma vez durante o período perinatal, utilizando um instrumento standardizado e validado.
Earls F, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health Clinical report – Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatr. 2010;126:1032-1039. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1032	■ Recomenda-se o rastreio de rotina da depressão pós-parto em contextos pediátricos, uma vez que a depressão pós-parto pode ter efeitos adversos nos bebés e nas crianças, tais como uma menor duração da amamentação e um maior risco de abuso e negligência infantil.
Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses. Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women(Alterações de humor e ansiedade em mulheres grávidas e pós-parto). J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2015;44:687-689. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1552-6909.12734	■ As recomendações da Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses incluem o apoio ao rastreio de rotina durante a gravidez e no pós-parto, a implementação de formação e educação do pessoal sobre perturbações do humor e o apoio ao pessoal para realizar ou facilitar o acesso ao cuidados de *follow-up* (seguimento) a pessoas com rastreios positivos de depressão.

APOIO DA EQUIPA INTERPROFISSIONAL PARA O RASTREIO DE ROTINA DA DEPRESSÃO PERINATAL	
Marsay C, Manderson L, Subramaney U. Changes in mood after screening for antenatal anxiety and depression. J Reprod Infant Psychol. 2018: Mar 30:1-16. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2018.1453601	■ Um estudo que examina as experiências das grávidas no rastreio da depressão e ansiedade pré-natais. ■ Os resultados indicam que o rastreio parece melhorar os resultados, uma vez que os participantes descreveram experiências positivas, como a aquisição de autoconsciência e de conhecimentos, a validação por parte de um profissional de saúde e a autonomia para procurar o apoio de outros. ■ Os resultados podem ser devidos à reatividade da avaliação.
CONSIDERAÇÕES CULTURAIS E RASTREIO DA DEPRESSÃO PERINATAL	
Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ. 2011;183(12):E824-E925. Disponível em: http://www.cmaj.ca/content/183/12/E824	■ Recomenda-se o rastreio de rotina da depressão em locais onde existam programas de tratamento integrado.
Carteret M. Cross-cultural use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale [Internet]. [local desconhecido]: Dimensions of Culture; 2018 (Dimensões da Cultura; 2018). Disponível em: http://www.dimensionsofculture.com/2018/03/screening-for-pregnancy-related-depression-in-private-practice-settings-cross-cultural-considerations/	■ A depressão pode ser conceptualizada, explicada e comunicada de forma diferente consoante as culturas. ■ Exemplos de expressões de depressão pós-parto incluem sentimentos de tristeza em relação ao sexo do bebé, ou atrasos ou problemas na atribuição do nome do bebé.

IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO DA DEPRESSÃO PERINATAL	
DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care. Perinatal mental health toolkit for pediatric primary care: overview and primer [Internet] (Conjunto de ferramentas de saúde mental perinatal para cuidados primários pediátricos: visão geral e manual [Internet]). Washington (DC): DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care; 2017. Disponível em: https://www.dchealthcheck.net/documents/PMH-Toolkit-V-2-2.pdf	■ Um recurso orientado para os profissionais dos cuidados de saúde primários pediátricos na promoção da saúde mental. ■ Recomenda o rastreio da depressão pós-parto na consulta de um, dois, quatro, seis e doze meses. ■ O recurso inclui exemplos de respostas sistematizadas às pontuações da EPDS que indicam um rastreio negativo, um rastreio de risco e um rastreio provável. ■ O recurso inclui também um plano de ação para situações de crise em caso de danos próprios ou de danos a terceiros.
Irwin-Vitela L. People-centered screening and assessment. Module 4: Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS [Video]. Milwaukee (WI): Wisconsin Department of Children and Families, University of Wisconsin-Milwaukee Child Welfare Training Partnership (MCWP), e Common Worth, LLC; 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=JBgVlaBg-aU	■ Uma apresentação em PowerPoint baseada em evidência sobre a EPDS. ■ Inclui uma simulação do rastreio da depressão pós-parto utilizando a EPDS. ■ Salienta o papel da prática reflexiva do profissional de saúde.
Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015	■ Utilização do EPDS como instrumento de rastreio da depressão pós-parto, tendo em consideração que deve complementar e não para substituir, a avaliação clínica

RECOMENDAÇÃO 1.2:

Efetuar ou facilitar o acesso a uma avaliação exaustiva da depressão perinatal para as pessoas que apresentem resultados positivos para a depressão perinatal.

Nível de Evidência do Resumo: IIb, IV, V

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 1; Moderada = 1; Diretrizes Alta = 1;

Discussão da evidência:

Resumo da evidência

No caso de um rastreio positivo para a depressão perinatal e com o consentimento da pessoa, é indicada uma avaliação exaustiva de *follow-up* (seguimento) (56 - 57, 62). As pessoas devem estar cientes dos tipos de perguntas que compõem a avaliação e de que algumas áreas podem ser de natureza mais sensível e pessoal (57). Embora as pessoas possam consentir em ser avaliadas, as suas experiências podem influenciar as suas decisões de procurar serviços e apoio de saúde mental ou de aderir ao plano de cuidados, quando o tratamento é indicado (57). Por conseguinte, são essenciais competências como o respeito e a empatia por parte dos enfermeiros e da equipa interprofissional (57).

Uma avaliação global procura confirmar os sinais, sintomas e gravidade da depressão perinatal no âmbito de uma avaliação global da saúde e pode incluir os seguintes elementos:

- Os resultados da ferramenta de rastreio, que podem facilitar uma discussão mais aprofundada sobre o humor e quaisquer alterações nos sintomas que a pessoa tenha notado (62).
- Fatores de risco para a depressão perinatal, especialmente para pessoas com fortes fatores de risco que sugerem uma elevada probabilidade de depressão perinatal (como uma história de perturbação do humor, depressão ou ansiedade durante uma gravidez anterior) (56). A secção **Enquadramento** inclui uma lista de fatores de risco para a depressão perinatal (p. 21).
- Estado emocional, como períodos recorrentes de tristeza, desânimo, irritação, desilusão ou dificuldades na tomada de decisões (56).
- Sintomas somáticos, como alterações nos padrões de sono e alimentação ou períodos de choro (56).
- Estado físico, incluindo ingestão nutricional, nível de atividade ou quaisquer problemas de saúde física (56).
- Iniquidades no acesso a serviços de associadas a um histórico de doença mental, discriminação ou estigma (63).
- Disparidades, como a pobreza, bem como desigualdades como a deficiência, a reclusão ou a insegurança alimentar (63).
- Fatores psicossociais contributivos, como a falta de apoio social, atitude negativa em relação à gravidez, história de consumo de substâncias, história de abuso ou trauma atual ou passado, baixo *status* socioeconómico, ou ser refugiado ou imigrante recente (56).
- Uma avaliação de risco de automutilação, autonegligência, ideação suicida ou pensamentos de prejudicar o bebé ou outras crianças (56). O **Apêndice H** descreve as respostas do enfermeiro e da equipa interdisciplinar a um risco de suicídio identificado.

Benefícios e danos

Um estudo qualitativo analisou as perspetivas de grávidas e puérperas que foram sujeitas a uma avaliação psicossocial efetuada por enfermeiros de saúde infantil e familiar (57). Os participantes referiram que aceitavam avaliações psicossociais que incluíam perguntas sobre antecedentes de abuso, violência interpessoal ou depressão. No entanto, algumas pessoas sentiram que as perguntas eram intrusivas, especialmente se o profissional de saúde parecesse insensível ou pouco empático.

A avaliação da depressão perinatal exige que os enfermeiros e a equipa interdisciplinar demonstrem compaixão e confiança. A abordagem adotada pelo enfermeiro e pela equipa interdisciplinar pode ter impacto na experiência da pessoa que está a ser avaliada e no que é relatado (57). Nos casos em que se desenvolveu a confiança, a pessoa tinha mais probabilidades de revelar questões sensíveis, como a depressão, sentir-se capacitado e ter maior probabilidade de se envolver em cuidados de *follow-up* (seguimento). Ver **Recomendação 3.2** para uma discussão sobre a importância do desenvolvimento profissional contínuo para a avaliação e intervenção na depressão perinatal.

Valores e preferências

Um estudo de avaliação efetuado sugere que as pessoas aceitavam uma avaliação da depressão perinatal pelo prestador de cuidados de saúde primários (64). Os participantes referiram que essas avaliações eram acessíveis e não estigmatizantes.

Notas práticas

Os exemplos de instrumentos de avaliação da depressão perinatal variam de acordo com as evidências. Estes instrumentos foram desenvolvidos para avaliar as grávidas quanto à presença de fatores de risco psicossociais associados a perturbações de saúde mental perinatal, incluindo a depressão (65). No entanto, não existe evidência suficiente que apoie ou refute a utilização de um instrumento de avaliação psicossocial na avaliação da depressão perinatal (40). O **Apêndice F** inclui exemplos de instrumentos de avaliação da depressão perinatal.

A avaliação da depressão perinatal foi considerada viável em contextos de cuidados de saúde primários com os seguintes componentes:

- Um instrumento de avaliação de fácil utilização, breve e semiestruturado.
- Um processo simplificado que utiliza um algoritmo para orientar as decisões relativas ao encaminhamento para serviços de saúde mental com base na gravidade dos sintomas, quando indicado.
- Diretrizes sobre medicação antidepressiva para os profissionais de saúde que a prescrevem.
- Acesso rápido a consultores especializados em saúde mental, por telefone ou pela Internet, para apoiar o tratamento no local.
- Uma lista de controlo para apoiar a documentação.
- Uma via de encaminhamento para consultores externos em casos de sintomas graves ou comorbilidades complexas (64).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Mother Reach London & Middlesex. Post- partum mental health assessment flow chart [Internet]. Londres (ON): Mother Reach London & Middlesex; 2012.	■ Um fluxograma para a avaliação da depressão pós-parto. ■ Uma árvore de decisão para a avaliação e intervenção de mulheres com pensamentos de se magoarem a si próprias e/ou ao(s) seu(s) filho(s).
Registerd Nurses's Association of Ontario). Nursing towards equity: applying the social determinants of health in practice (Internet). 2016. Disponível em: https://rnao.ca/bpg/courses/nursing-towards-equity-applying-social-determinants-health-practice	■ Um curso *online* gratuito para apoiar o reforço de conhecimentos e competências na aplicação dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades na saúde na prática clínica. ■ A avaliação da depressão perinatal pode incluir uma análise da saúde e das desigualdades no domínio da saúde.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO N.º 2:

No domínio da saúde mental perinatal, quais são as intervenções eficazes para as pessoas que sofrem de depressão durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto?

RECOMENDAÇÃO 2.1:

Colaborar com a pessoa para desenvolver um plano de cuidados abrangente e centrado na pessoa, incluindo objetivos, para as pessoas com um rastreio ou avaliação positivos para a depressão perinatal.

Nível de Evidência do Resumo: Ia, IV, V

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 2; Diretrizes: Alta = 1; Moderada = 3

Discussão da evidência:

Resumo da evidência

Em colaboração com a pessoa em risco ou a sofrer de depressão perinatal, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem criar um plano de cuidados utilizando uma abordagem centrada na pessoa. Através de discussões intencionais, a pessoa é apoiada na escolha dos serviços de saúde mental e apoio, em programas comunitários locais, cuidados de saúde primários, saúde ao domicílio, saúde pública ou contextos de cuidados em fase de doença aguda (62).

O planeamento de **cuidados colaborativos**[G] integra componentes holísticos, humanos, respeitosos e éticos de uma abordagem centrada na pessoa (47). Inclui o estabelecimento de objetivos individualizados para a depressão perinatal e a abordagem de quaisquer barreiras ao acesso a serviços de saúde mental e apoio para a depressão perinatal - tais como custos diretos de transporte ou cuidados infantis necessários para ir a consultas ou a disponibilidade de serviços - para desenvolver um plano de cuidados único que reflita realisticamente as preocupações, preferências, necessidades e opções do indivíduo (57). A adoção de uma abordagem colaborativa garante que a pessoa está no centro do planeamento dos cuidados e da definição de objetivos.

O sucesso de uma parceria colaborativa entre a pessoa, o enfermeiro e a equipa interprofissional no planeamento dos cuidados exige:

- Reconhecimento de que o parceiro, a família ou a rede social da pessoa é fundamental para os seus cuidados e pode influenciar a procura ou a continuação dos cuidados. Como parte de uma abordagem centrada na família, o parceiro, a família ou a rede social podem ajudar nos cuidados e no apoio à pessoa afetada, ao bebé ou a outras crianças (se for o caso). Por conseguinte, é necessário que compreendam o plano de cuidados e a forma como podem apoiar a pessoa de forma construtiva e prática (40).
- Esclarecimento dos papéis e responsabilidades da equipa interprofissional envolvida e dos recursos disponíveis (66).

Deve prestar-se muita atenção aos medos de estigma ou rotulagem - ou aos sentimentos de vergonha - relacionados ao início de intervenções para a depressão perinatal (66). O enfermeiro e a equipa interprofissional devem observar, perguntar ou escutar quaisquer sentimentos de ansiedade, medo, ameaça, culpa, hostilidade ou negação ao longo do planeamento dos cuidados - se detetados, estas emoções ou estratégias de sobrevivência devem ser abordadas. Uma vez que as pessoas normalmente têm muitas perguntas sobre os serviços e apoio de saúde mental disponíveis e as implicações para a gravidez ou o pós-parto, é importante dedicar algum tempo para abordar quaisquer preocupações, perguntas e potenciais consequências. O plano de cuidados deve refletir a tomada de decisões informada e a preferência pessoal, e ser atualizado regularmente, conforme necessário. Tomar estas medidas para avaliar a disponibilidade mental para iniciar e integrar os serviços e apoio de saúde mental e para ajudar na transição dos cuidados pode ajudar a apoiar o indivíduo, aumentando assim a probabilidade de melhorar os resultados de saúde e atingir os objetivos (66).

Planeamento de cuidados após uma avaliação da depressão perinatal

Deve ser elaborado um plano de cuidados individualizado com a pessoa com base no resultado de um rastreio e/ou ou uma avaliação exaustiva da depressão perinatal e um parecer clínico. A **Tabela 7** apresenta exemplos de cinco resultados potenciais com estratégias de *follow-up* (seguimento) sugeridas. Em cada caso, o painel de peritos recomenda uma abordagem de colaboração que apoie os cuidados centrados na pessoa e a tomada de decisões informadas. O plano de cuidados tem de ser documentado, analisado e revisto, conforme necessário, de acordo com a resposta da pessoa à(s) intervenção(ões) ou à alteração das necessidades (67).

Benefícios e danos

Ao encaminhar para um especialista em saúde mental, deve prestar-se atenção a qualquer informação pessoal sensível (por exemplo, história de trauma ou abuso) que tenha sido revelada confidencialmente, para determinar se essa história também pode ser partilhada. O reconhecimento destas questões assegurará a manutenção da relação terapêutica e preservará a confiança contínua entre a pessoa e a equipa interprofissional (40).

Valores e preferências

A pessoa deve ser apoiada para determinar as suas preferências, preocupações e prioridades no que respeita ao seu plano de cuidados (62). O companheiro da pessoa e outros membros da família (quando aplicável) também podem ser incluídos e/ou participar neste processo (47).

Tabela 7: Considerações clínicas após um rastreio e/ou uma avaliação da depressão perinatal

RESULTADO(S) DO RASTREIO E/OU DA AVALIAÇÃO DA PESSOA	CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS
Não foi dado consentimento para o rastreio ou avaliação.	■ Manter o contacto e continuar a apoiar a pessoa durante a duração dos cuidados, durante a gravidez ou no pós-parto, se for caso disso (62, 68). ■ Explorar quaisquer alterações de humor, quaisquer preocupações sobre os sintomas de depressão e a forma como a pessoa está a lidar com as transições da gravidez ou como novo pai (se necessário) (62, 68). ■ Manter-se atento a qualquer possível desenvolvimento de sintomas de depressão e discuti-los com a pessoa (68). ■ Incorporar abordagens holísticas para detetar sinais de depressão. Observar a aparência, o humor e as interações da pessoa com o seu bebé ou familiares para detetar quaisquer sintomas de depressão (69). ■ Se uma pessoa comunicar quaisquer preocupações sobre possíveis sintomas de depressão, encorajar o *follow-up* (seguimento), incluindo o rastreio ou a realização ou facilitação do acesso a uma avaliação mais aprofundada, conforme clinicamente indicado (62, 68).
Um rastreio negativo (ou seja, resultados de rastreio inferiores ao ponto de corte).	■ Prestar os cuidados habituais para apoiar a pessoa. ■ Incentivar a pessoa a participar em atividades de autocuidado e a procurar apoio social como estratégias de prevenção (56). ■ Continuar a observar a presença de alterações do humor, dos pensamentos, das perceções e dos comportamentos de risco (56).
Um rastreio positivo (ou seja, resultados de rastreio acima do ponto de corte). A avaliação de *follow-up* (seguimento) não identifica depressão perinatal.	■ Analisar os resultados da avaliação e a ausência de sintomas de depressão perinatal. Incentivar e responder a quaisquer perguntas ou preocupações que possam ter (40). ■ Reforçar que qualquer ferramenta de rastreio tem falsos positivos. ■ Prestar os cuidados referidos em "Sem sintomas confirmados de depressão perinatal" (acima) (56, 62).
Um rastreio positivo (ou seja, resultados de rastreio acima do ponto de corte). A avaliação identifica a depressão perinatal.	■ Rever os resultados da avaliação e a confirmação dos sintomas de depressão perinatal. Incentivar e responder a quaisquer perguntas ou preocupações apresentadas (40). ■ Em colaboração com a pessoa, desenvolver um plano de cuidados com base nos resultados para determinar os serviços e apoio de saúde mental adequados para a depressão perinatal e os objetivos dos cuidados. Rever, se necessário. ■ Incluir uma cópia dos resultados da avaliação no processo clínico da pessoa e fornecer uma cópia à pessoa (56).

RESULTADO(S) DO RASTREIO E/OU DA AVALIAÇÃO DA PESSOA	CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS
Um rastreio ou avaliação que indique risco de automutilação (independentemente dos resultados do rastreio ou da avaliação)	■ Desenvolver um plano de cuidados documentado em colaboração com a pessoa. Assegurar que os objetivos e resultados do plano de cuidados são comunicados ao prestador de cuidados de saúde primários (67). ■ Efetuar uma avaliação de risco com a pessoa para analisar as áreas de risco potencial, tais como automutilação, autonegligência, ideação e intencionalidade suicida, ou quaisquer riscos para terceiros (incluindo o bebé ou outras crianças, quando aplicável) (56). Ver **Apêndice H** (Resposta a um risco identificado de suicídio materno) para um exemplo. ■ Comunicar ao prestador de cuidados de saúde primários um rastreio ou avaliação positivos de lesões autoinfligidas (56). ■ Em caso de risco urgente ou imediato de automutilação, providenciar o acesso aos cuidados de saúde, independentemente de ter sido dado o consentimento. Para tal, será necessário proceder a uma avaliação psiquiátrica urgente, provavelmente num contexto como, por exemplo, um serviço de urgência (56). ■ Em caso de identificação ou suspeita de negligência ou abuso do recém-nascido, do lactente ou de outras crianças, comunique imediatamente as suas preocupações à autoridade local de proteção das crianças e jovens (56). ■ Em caso de suspeita ou de identificação de um risco de automutilação de baixo ou médio risco, proceder da seguinte forma □ Incentivar a pessoa a utilizar a sua rede de apoio para reduzir o isolamento. □ Discutir os serviços e apoio de saúde mental disponíveis e, se necessário, facilitar o acesso com o consentimento da pessoa (56). ■ Para criar e incentivar o apoio social, pergunte à pessoa se há alguém que ela gostaria de ver incluído nos seus cuidados. Reconhece-se assim o impacto positivo do apoio social (56). Envolver o parceiro da pessoa e os membros da família, quando indicado (56). ■ Incluir uma cópia do plano no registo pessoal e para o médico que a encaminhou. Oferecer uma cópia à pessoa, ao seu parceiro e à sua família, se for caso disso (56).

Notas práticas

Para desenvolver um plano de cuidados abrangente e centrado na pessoa para a depressão perinatal, foram identificadas como centrais as seguintes práticas:

- Discutir todas as opções de tratamento adequadas e a disponibilidade de profissionais de saúde locais e com formação. Isto assegurará que a pessoa está ciente de todo o espetro de serviços e apoio de saúde mental, intervenções e potenciais resultados. Apoiar o direito de escolha do indivíduo, a calendarização dos cuidados e a seleção de abordagens adaptadas (quando disponíveis) (40).
- Fornecer uma explicação completa do que uma intervenção ou opção de tratamento implica, a fim de apoiar uma tomada de decisão informada (47, 57). Fornecer a uma pessoa pormenores relacionados com as suas opções de tratamento segue um modelo participativo de tomada de decisão e respeita o seu direito de autogerir os seus cuidados (incluindo o direito de recusar ou aceitar componentes dos cuidados ou o calendário dos mesmos, exceto quando imposto pelo tribunal). Ao tornar as pessoas mais conscientes das expectativas e exigências de um determinado tratamento, podem determinar se este é viável para elas e compatível com os seus objetivos e prioridades de cuidados definidos (47, 57). Por exemplo, uma pessoa que esteja a considerar a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo deve ser informada de que esta envolve normalmente a participação em sessões semanais de duas horas durante oito a 12 semanas. Além disso, a pessoa deve saber que é pedido aos participantes que partilhem as suas experiências com outros num ambiente de grupo e que pode haver custos adicionais, como transporte ou cuidados infantis, para aceder aos serviços (70 - 72). Mais pormenores sobre a TCC são discutidos na Recomendação 2.7.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Arthur E, Seymour A, Dartnall M, Beltgens P, Poole N, Smylie D, North N, Schmidt R. Trauma informed practice guide. Vancouver (BC): Vancouver (BC): British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; BC Ministry of Health, Mental Health and Substance Use Branch; and Vancouver Island Health Authority, Youth and Family Substance Use Services; 2013. Disponível em: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf	■ Um recurso para apoiar a integração de princípios informados sobre o trauma na prática, incluindo a colaboração nas escolhas de cuidados. A depressão, incluindo a depressão perinatal, pode ser uma resposta ao trauma. ■ O guia inclui sugestões práticas para apoiar abordagens de colaboração no planeamento de cuidados e orientações para o rastreio de traumas. ■ Exemplos de declarações que apoiam explicitamente a colaboração no planeamento dos cuidados incluem: □ *Gostaria de compreender a sua perspetiva". 'Vamos analisar isto em conjunto'.* □ *Vamos descobrir o plano que melhor funcionará para si.* □ *O que é mais importante para si e pelo que devemos começar?* □ *É importante ter a vossa opinião em todas as fases do processo.* □ *Isto pode ou não funcionar para si. Tu conheces-te melhor.* □ *Por favor, diga-me em qualquer altura se quiser fazer uma pausa ou se algo lhe parecer desconfortável. Pode optar por deixar passar qualquer pergunta".* □ *Utilizar metáforas adequadas: 'Tu és o especialista ou o condutor. Eu posso oferecer-me para ser o vosso GPS ou mapa para vos ajudar a encontrar os recursos disponíveis, etc.*
Canadian Mental Health Association Ontario. Advancing equity in Ontario: understanding key concepts [Internet] [Internet]. Canadian Mental Health Association Ontario: [place unknown]; 2014. [local desconhecido]; 2014.) Disponível em: http://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Advancing-Equity-In-Mental-Health-Final1.pdf	■ Um recurso que examina a saúde mental e a equidade. Os grupos marginalizados têm mais probabilidades de sofrer de doenças mentais. ■ As pessoas que sofrem de doenças mentais, como a depressão perinatal, podem sofrer desigualdades adicionais que podem influenciar as suas decisões relativamente ao rastreio, avaliação e intervenções para a depressão perinatal. ■ O estigma faz com que as pessoas com doenças mentais sejam discriminadas ou isoladas socialmente. Os exemplos incluem: □ Ser-lhe negada habitação ou ser assediado pelos senhorios; □ Maior probabilidade de ficar desempregado, não ser contratado ou ser promovido; e □ Experiência de discriminação no domínio da justiça penal ou dos serviços de saúde. Continuação →

RECURSO	DESCRIÇÃO
	■ As estratégias sugeridas para promover a equidade e a saúde mental incluem □ Reconhecer a importância de processos equitativos na política e no planeamento da saúde mental; □ Expandir os dados sobre equidade e saúde mental através da recolha de dados e do intercâmbio de conhecimentos; □ Envolver as pessoas com experiência vivida em matéria de doença mental na política, no planeamento e na prestação de serviços; □ Construir comunidades saudáveis, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; e □ Desafiar a discriminação, a exclusão e o estigma, apoiando os direitos humanos e os mecanismos de acesso das pessoas com experiência vivida de doenças mentais.
BC Reproductive Mental Health Program. Perinatal depression treatment options [Internet]. [Internet]). Vancouver (BC): BC Reproductive Mental Health Program (BC Reproductive Mental Health Program); data desconhecida. Disponível em: https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/perinatal_depression_treatment_options_fact_sheet.pdf	■ Uma ficha informativa de duas páginas que resume as opções de tratamento da depressão perinatal.
World Health Organization. Social determinants of mental health [Internet]. [Internet]). Geneva (CH). World Health Organization; 2014. (Genebra (CH). Organização Mundial da Saúde; 2014). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=7E14520A2E67C6FA0FBBAB1A9E719FCD?sequence=1	■ Um documento da Organização Mundial de Saúde sobre os determinantes sociais da saúde mental. ■ Deve ser dada prioridade a estratégias abrangentes para prevenir as doenças mentais e promover a saúde mental ao nível da população ao longo da vida. Para tal, é necessário atuar sobre os determinantes sociais da saúde - como o acesso a habitação e alimentação seguras, a discriminação, ou pobreza. Esta abordagem reconhece que a doença mental é desencadeada pelas condições sociais, económicas e políticas em que as pessoas residem. As desigualdades sistemáticas contribuem negativamente para as doenças mentais. ■ A gravidez e o pós-parto são períodos de risco de doença mental. São também alturas em que as estratégias de intervenção, incluindo a prevenção, podem ser eficazes para promover a saúde mental e reduzir a doença mental.

RECURSO	DESCRIÇÃO
NICE Clinical Guidelines, No. 136. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Leicester (UK): British Psychological Society; 2012. British Psychological Society; 2012.) Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327301/	■ Um capítulo de um guia clínico de saúde mental do Reino Unido que se centra nos requisitos para uma experiência do utilizador de elevada qualidade nas transferências de cuidados (por exemplo, dos cuidados primários para um especialista em saúde mental). ■ As recomendações para os prestadores de cuidados de saúde mental relativamente às necessidades dos utilizadores dos serviços durante as transferências de cuidados ou a alta incluem □ Reconhecer que a transferência de cuidados para um serviço ou apoio de saúde mental pode suscitar reações ou emoções fortes. □ Fornecer informações claras sobre todas as opções de apoio disponíveis para a pessoa após a transferência de cuidados. □ Envolver as pessoas nas decisões relativas aos seus cuidados e respeitar as suas preferências. □ Fornecer apoio emocional, empatia e respeito. Ter consciência de que as transferências de cuidados podem suscitar sentimentos de abandono ou ser apoiadas de forma punitiva.

RECOMENDAÇÃO 2.2:

Aplicar estratégias de prevenção da depressão perinatal para reduzir o risco de progressão da doença.

Nível de Evidência para o Resumo: Ia, Ib, IIb

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 5; Moderada = 5; Baixa = 5

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

As estratégias de prevenção da depressão perinatal têm por objetivo preservar o bem-estar da pessoa e atenuar os efeitos adversos da perturbação do humor (73 - 74). A aplicação de estratégias de prevenção ou de intervenção precoce cria uma oportunidade de apoiar a pessoa em risco ou que começa a desenvolver sintomas de depressão perinatal e de melhorar ou diminuir o risco de progressão da doença (73 - 74). As estratégias de prevenção nos cuidados de saúde podem ser classificadas de acordo com a população-alvo (71, 75). Essas categorias são as seguintes:

- A prevenção universal é dirigida a toda uma população (por exemplo, todas as pessoas grávidas) ou a amostras da comunidade, independentemente dos indicadores de risco (ou seja, nenhum ou vários). Enquanto abordagem, a prevenção universal oferece benefícios que incluem a redução do estigma, uma redução modesta da prevalência na população e uma maior probabilidade de ser utilizada. Isto é feito através de estratégias como a promoção da saúde (71, 74 - 78).
- A prevenção seletiva destina-se às pessoas com fatores de risco identificados através da autoavaliação, do rastreio ou da recolha de antecedentes (71).
- A prevenção indicada centra-se nas pessoas com sinais e sintomas precoces de uma doença, mas que não se encontram atualmente numa situação de doença (71).

Intervenções de prevenção universal para a depressão perinatal

Existem poucas evidências que apoiem a prevenção universal da depressão perinatal; as intervenções dirigidas a toda uma população ou comunidade podem ser dispendiosas e os resultados dos estudos demonstram inconsistência na redução dos riscos (74 - 78). Por exemplo, um programa psicoeducativo orientado por uma enfermeira e informado sobre o género, destinado a casais, centrado no reforço das relações entre os parceiros e na forma de lidar com os comportamentos instáveis dos bebés (choro, dificuldades de sono ou dificuldades de alimentação) não demonstrou uma diferença nas pontuações de depressão avaliadas após a intervenção, em comparação com os controlos (75). Outro estudo não encontrou qualquer diferença significativa na prevenção dos sintomas de depressão até seis meses após o parto para as mulheres que receberam formação de enfermeiros sobre a depressão pós-parto antes da alta de um local de parto, em comparação com os cuidados padrão (77). O estudo concluiu que a prevenção seletiva que dá prioridade às mulheres em maior risco (por exemplo, baixo estatuto socioeconómico ou história pré-natal de ansiedade ou depressão) pode ser mais eficaz do que uma intervenção educativa universal.

No entanto, há exemplos de estratégias de prevenção universais eficazes, como a escuta e as visitas ao domicílio (76). Uma intervenção de prevenção educativa estruturada, conduzida por uma enfermeira, para pessoas no período pós-parto, demonstrou resultados significativamente mais baixos de depressão após a intervenção, em comparação com os controlos (78).

Noutro estudo que implementou a prevenção universal, as grávidas que participaram em várias sessões de prevenção utilizando estratégias de psicoeducação e psicoterapia tiveram uma diminuição significativa dos sintomas de depressão, em comparação com o grupo de controlo, seis semanas após o parto (63). Os participantes aprenderam a fazer o rastreio da depressão pós-parto e a lidar com ela, a reconhecer o sofrimento e a procurar ajuda, a desenvolver apoio social e técnicas de relaxamento.

Intervenções de prevenção seletivas e indicadas para a depressão perinatal

As pessoas em risco ou que começam a desenvolver sinais precoces de depressão perinatal podem beneficiar de uma variedade de intervenções de prevenção, incluindo psicoeducação e psicoterapias, tal como discutido abaixo (79 - 82). Estas podem ser oferecidas em múltiplos e diversos contextos pelos enfermeiros e pela equipa interprofissional (79-80).

Psicoeducação

A psicoeducação como estratégia de prevenção que incorpora a educação para a saúde e o apoio informativo demonstrou ser uma estratégia de prevenção eficaz (63, 83). Por exemplo, as pessoas no pós-parto com baixos rendimentos apresentaram menos sintomas de depressão aos seis meses após uma intervenção psicoeducativa comportamental realizada num hospital antes da alta (82). Os participantes e os seus parceiros ficaram a conhecer os fatores desencadeantes da depressão.

Os participantes foram informados sobre os sintomas, os benefícios do apoio social e a necessidade de conservar os recursos pessoais como estratégia de sobrevivência. Foram-lhes fornecidas informações escritas e uma lista de recursos, caso surgissem problemas. Além disso, foi efetuado um telefonema de *follow-up* (seguimento) duas semanas após a alta, para avaliar os sintomas de depressão dos participantes, o nível de capacidade de resposta e outras necessidades.

Psicoterapias

Várias psicoterapias - incluindo o aconselhamento não-diretivo, a TCC e a Terapia Interpessoal (TPI) - foram consideradas eficazes como estratégias de prevenção (71, 81). O aconselhamento não-diretivo proporciona uma escuta empática e reflexão. A TCC visa as distorções cognitivas, as emoções negativas e os comportamentos daí resultantes. A TPI centra-se na comunicação e nas interações com os outros para reforçar as relações (81, 84). Estas formas de psicoterapia - quando ministradas por enfermeiros com formação e por membros da equipa interprofissional - podem ser fornecidas em formato individual ou de grupo durante a gravidez ou no pós-parto (71, 81, 84). Por exemplo, um estudo sobre grávidas que beneficiam de assistência social e que receberam uma intervenção orientada para a TPI, para além dos cuidados pré-natais normais, demonstrou uma taxa significativamente mais baixa de sintomas de depressão aos seis meses após o parto e níveis ligeiramente mais baixos aos 12 meses após o parto, em comparação com os controlos (85). A intervenção foi estruturada e efetuada em pequenos grupos ao longo de várias sessões que incluíam a aprendizagem de competências TPI, tais como a melhoria das relações e o reforço do apoio social. Em outro estudo, as participantes em risco de depressão pós-parto, mas que não tinham desenvolvido sintomas de depressão, foram selecionadas aleatoriamente para receberem cuidados de enfermagem normais ou uma intervenção de aprendizagem de competências cognitivas de resolução de problemas (81). Os resultados indicam uma redução dos sintomas de depressão em ambos os grupos, medida pelo Inventário de Depressão de Beck antes e depois da intervenção.

O momento das estratégias de prevenção durante o período perinatal

O momento ideal para as intervenções de prevenção não é claro com base nas evidências (ou seja, durante a gravidez ou durante o pós-parto), uma vez que os resultados são contraditórios (71, 86). A calendarização pode depender do tipo de estratégia de prevenção implementada e da resposta individual. Por exemplo, verificou-se que as intervenções para a prevenção da depressão pós-parto eram mais eficazes quando realizadas após o parto, porque as intervenções realizadas no período pré-natal eram consideradas menos relevantes para os participantes (71). Em contrapartida, outros estudos registaram a eficácia das intervenções preventivas que foram administradas no período pré-natal, utilizando estratégias que promoviam técnicas de controle, apoio de parceiros (como programas psicoeducativos) e incluíam programas de exercício (63, 84). Uma intervenção de educação para a alta sobre a depressão pós-parto numa maternidade, que não demonstrou significância estatística, concluiu que o momento pode não ter sido o ideal, uma vez que as pessoas no pós-parto imediato e precoce podem estar distraídas com a

recuperação do parto, a cuidar de um bebé e a receber visitas (77). Além disso, os participantes no estudo podem ter sido incapazes de absorver e recordar a formação devido a fatores como a fadiga ou a dor. Tendo em conta estas considerações, a educação sobre a depressão pós-parto pode ser fornecida mais eficazmente durante o período pré-natal e abordada brevemente na unidade pós-parto, com um *follow-up* (seguimento) posterior após a alta.

Estratégias de prevenção seletiva adaptadas à depressão perinatal para populações que sofrem de desigualdades sociais

As estratégias de prevenção seletiva adaptadas às populações que sofrem de desigualdades sociais (identificadas nas evidências como pessoas socialmente desfavorecidas com um estatuto socioeconómico mais baixo, adolescentes com apoio social limitado e pessoas racializadas) demonstraram uma redução estatisticamente significativa dos sintomas de depressão, quando em comparação com os controlos (71, 79, 81 - 83, 87). Por exemplo, a TCC revelou-se eficaz para mulheres latinas pós-parto com baixos rendimentos, que obtiveram pontuações significativamente mais baixas no Inventário de Depressão de Beck após a intervenção (81). Foram ensinadas aos participantes no estudo estratégias que incluíam a regulação do humor, competências de autoeficácia para aumentar a confiança e competências parentais para promover a criação de laços (81).

As intervenções de prevenção podem ser modificadas e adaptadas culturalmente para as populações que sofrem de desigualdades sociais, a fim de promover a inclusão e a relevância desejadas, nomeadamente através de métodos como a apresentação da intervenção na primeira língua dos participantes ou o ajustamento do conteúdo para refletir valores, crenças e cultura (81). Estas modificações apoiam a consciencialização cultural e reconhecem os determinantes sociais da saúde mental. Procuram fornecer intervenções de prevenção a nível comunitário adaptadas às pessoas que reconhecem e abordam as suas desigualdades em matéria de saúde e necessidades únicas (81).

Apesar da quantidade de investigação sobre estratégias de prevenção da depressão perinatal, existem limitações que reduzem a generalização e a força dos resultados (63, 73 - 74, 84). A qualidade metodológica e o rigor dos estudos de prevenção são mistos, sendo mais provável que os estudos mais fracos demonstrem resultados significativos (79).

Os critérios de inclusão dos participantes nos estudos variaram muito, desde adolescentes a pessoas com mais de 18 anos, sintomas de depressão desde ligeiros a graves, ou pessoas com gravidezes de alto ou baixo risco (73, 79, 84). Outras limitações incluem a falta de ensaios em vários locais, pequenas amostras, sintomas de depressão autorrelatados, elevadas taxas de atrito e viés de publicação (63, 73, 84).

Benefícios e danos

A TCC, realizada em formato de grupo, tem vantagens acrescidas, incluindo um maior apoio social, uma melhor relação custo-eficácia e uma melhor acessibilidade (71).

Valores e preferências

As estratégias de prevenção que incluem adaptações culturais são preferíveis quando se adequam às necessidades da população do estudo (79). Em geral, a integração de abordagens adaptadas às populações pode aumentar as taxas de recrutamento, inscrição, participação e satisfação com a intervenção.

Notas práticas

Exemplos de tópicos de discussão apresentados em intervenções de psicoeducação para a depressão perinatal incluem:

- Informações sobre tristeza, depressão, psicose e tratamento da depressão pós-parto.
- Uma revisão dos fatores de risco modificáveis para a depressão pós-parto e formas de reduzir esses fatores.
- O papel e a importância do apoio dos pares ou parceiros disponíveis.
- Estratégias para gerir e lidar com o stress.
- Conhecimento dos recursos locais disponíveis.
- Conselhos para diferenciar a adaptação pós-parto normal e os sintomas somáticos da depressão pós-parto (63, 78, 83).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: Review and recommendations. Arch Womens Ment Health. 2015;18(1):41-60. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308451/	■ Uma revisão da literatura de 45 ensaios sobre métodos psicológicos (ou seja, IPT e CBT) e psicossociais (ou seja, aulas pré-natais e pós-parto e apoio pós-parto) de prevenção da depressão pós-parto. ■ Muitas das intervenções foram eficazes e utilizaram um formato individual ou de grupo. Todas se centraram na pessoa. ■ As evidências emergentes sugerem que o enfoque na díade pessoa/bebé pode ser mais eficaz, uma vez que os bebés com um mau comportamento em termos de sono ou agitação estão positivamente associados a sintomas de depressão pós-parto. As técnicas para promover o sono e reduzir a agitação podem ser uma abordagem de prevenção eficaz.
Dennis C-L. Best evidence for the detection, prevention, and treatment of perinatal depression [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Disponível em: https://www.beststart.org/events/2014/bsannualconf14/webcov/Presentations_ForParticipants/New/C3_PPD-BestStart%20February%202014.pdf	■ Uma apresentação de diapositivos baseada numa revisão da Cochrane sobre a depressão perinatal, incluindo estratégias de prevenção. ■ Verificou-se um efeito benéfico das estratégias de prevenção para os sintomas de depressão.

RECOMENDAÇÃO 2.3:

Promover estratégias de autocuidado para pessoas em risco ou com depressão perinatal, incluindo:

- **Tempo para si próprio (nível de evidência = IV).**
- **Exercício (nível de evidência = Ia).**
- **Relaxamento (nível de evidência = Ib).**
- **Sono (nível de evidência = Ia, IV).**

Nível de Evidência para o Resumo: Ia, Ib, IV

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 2; Moderada = 5; Baixa = 3

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

As evidências apoiam a promoção de estratégias de autocuidado para todas as pessoas em risco ou com sintomas de depressão perinatal através de um processo de tomada de decisão informado por parte dos enfermeiros e da equipa interprofissional (88- 89). As estratégias de autocuidado, como o tempo para si próprio, o exercício, o relaxamento e o sono, refletem uma abordagem holística e abrangente das intervenções para a depressão perinatal que são acessíveis à maioria das pessoas e promovem a autonomia (88). Devido às limitações dos resultados, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem discutir a eficácia e as limitações do estudo e quaisquer potenciais efeitos secundários ou contraindicações das várias estratégias de autocuidado, a fim de apoiar uma tomada de decisão informada.

As estratégias de autocuidado para a depressão perinatal podem ser consideradas benéficas pela sua capacidade de serem autoadministradas em casa e utilizadas com privacidade, bem como pela sua segurança, com poucos ou nenhuns efeitos adversos ou riscos potenciais (88 - 89).

Embora as estratégias de autocuidado possam ser incorporadas por qualquer pessoa grávida ou pós-parto para otimizar a saúde, podem ser especialmente úteis para as pessoas em risco ou com depressão perinatal (88 - 89). Para estas pessoas, as estratégias de autocuidado podem ser utilizadas como um meio de gerir os sintomas de forma independente, promover a capacitação pessoal e apoiar a melhoria da saúde e do bem-estar geral (88 - 89). Os exemplos de autocuidado são variados e devem ser definidos e selecionados pela pessoa. É essencial que os enfermeiros e a equipa interprofissional, bem como o parceiro da pessoa, a família, e a sua rede social estejam conscientes da necessidade e dos benefícios dos cuidados pessoais e apoiam e incentivam ativamente práticas regulares de cuidados pessoais (90).

Estratégias de autocuidado

Tempo para si próprio

O tempo para si próprio dá às pessoas a oportunidade de se envolverem em atividades de autocuidado, como dar um passeio, passar tempo com outras pessoas, tomar banho ou ir ao ginásio, como medida preventiva ou terapêutica para a depressão perinatal (89). Alivia temporariamente a pessoa das suas responsabilidades quotidianas, tais como cuidar do bebé e de outros filhos ou dependentes, tarefas domésticas, cozinhar ou trabalho remunerado. O tempo para si próprio reconhece que a depressão perinatal não ocorre isoladamente e que existem fatores contributivos associados, como o apoio social disponível, as relações pessoais, os rendimentos ou os fatores de stress decorrentes do isolamento, da privação crónica do sono e da agitação do bebé (89). Para

ajudar as pessoas a terem tempo para si próprias, é necessário que os parceiros estejam dispostos a partilhar equitativamente os cuidados práticos e emocionais de um bebé. Isto pode contribuir para a saúde de ambos os pais e dos seus filhos (89).

Foi encontrada uma relação inversa dose-resposta entre os sintomas de depressão aos seis meses após o parto e a frequência do tempo para si próprio (89). Os resultados do estudo revelaram que dez por cento das participantes que tinham menos de uma vez de duas em duas semanas para dedicar tempo a si próprias apresentavam sintomas de depressão, contra menos de seis por cento que tinham tempo semanal para si próprias.
As pessoas que declararam nunca ter tempo para si próprias registaram a maior prevalência de sintomas de depressão, com 15%.

Embora o estudo sobre o tempo para si próprio tenha sido um dos primeiros a encontrar uma associação com a depressão pós-parto, existem limitações importantes (89). A amostra do estudo era constituída maioritariamente por pessoas com mais de 30 anos, com formação universitária e apoio social estabelecido. A generalização da eficácia do tempo para si próprio pode não se aplicar a grupos específicos de pessoas que não partilham as características da amostra e/ou que sofrem de desigualdades sociais.

Exercício
As mulheres grávidas e pós-parto que praticam exercício físico parecem beneficiar de uma redução dos sintomas de depressão (91 - 92). Os estudos demonstraram que a atividade física - tais como caminhadas, aeróbica, hidroginástica, alongamentos e programas orientados por instrutores ou em casa - são eficazes na prevenção e tratamento da depressão perinatal (91 - 92).

A generalização dos resultados sobre o exercício é limitada devido aos estudos que incluíram pessoas que estavam a receber tratamentos concomitantes (por exemplo, farmacoterapia), o que torna difícil tirar conclusões sobre os efeitos independentes do exercício. Além disso, os estudos sobre depressão pré-natal eram limitados e os critérios de inclusão de pessoas com sintomas de depressão eram inconsistentes (91 - 94).

Relaxamento
Foi demonstrado que as técnicas de relaxamento promovem eficazmente o bem-estar e aliviam a dor e outros fatores de stress (95). Um ensaio clínico randomizado que utilizou uma técnica de relaxamento para grávidas hospitalizadas devido a gravidezes de alto risco (por exemplo, diabetes, hipertensão ou risco de hemorragia) reduziu significativamente os níveis de depressão (95). Estes resultados são considerados importantes, uma vez que as pessoas com gravidezes de alto risco correm um risco acrescido de depressão perinatal. As enfermeiras ensinaram aos participantes a técnica de relaxamento de Benson, que incluía 10 a 20 minutos diários de relaxamento muscular, consciência da respiração e repetição de palavras durante cinco dias. Os resultados também indicaram uma diminuição dos sentimentos de ansiedade e nervosismo. O relaxamento foi considerado uma prática simples, sem custos e não estigmatizante, que pode ser efetuada diariamente, sem evidência de danos.

Dormir
Os ciclos regulares de sono são reconhecidos como benéficos para a promoção da saúde física e mental geral e para a prevenção de doenças (96 - 97). O sono das pessoas com um recém-nascido ou um bebé pode ser difícil, uma vez que as horas de sono são frequentemente mais curtas, o que pode ser um fator que contribui para a depressão pós-parto (96). O sono pode ser particularmente difícil para as pessoas que têm padrões de sono desordenados de dia e de noite ou bebés "agitados" (97). Uma falta persistente de sono, combinada com sintomas de depressão, deve ser identificada rapidamente para evitar o desenvolvimento de problemas crónicos de sono e o agravamento dos sintomas de depressão (97).

As limitações dos estudos sobre estratégias de autocuidado incluem amostras pequenas, poucos ensaios aleatórios, altas taxas de desistência, prazos curtos de follow-up (seguimento) e qualidade metodológica fraca a moderada (88, 94). Podem ser encontradas variações, uma vez que alguns estudos examinaram uma estratégia de autocuidado como monoterapia, enquanto outros utilizaram uma combinação de outras abordagens ou utilizaram estratégias de autocuidado como adjuvantes de tratamentos psicológicos ou farmacológicos, introduzindo assim potenciais fatores de confusão ou enviesamentos. Para além disso, os critérios de inclusão dos participantes nos estudos variaram desde pessoas com sintomas autorrelatados, passando por pessoas com um rastreio positivo utilizando um instrumento de rastreio válido, até pessoas com um diagnóstico confirmado de depressão. No futuro, são necessários grandes ensaios controlados bem concebidos para reforçar as conclusões sobre as estratégias de autocuidado e a depressão perinatal (88)

Benefícios e danos

A não ser que haja contraindicação médica, as pessoas no período perinatal que praticam atividade física regular têm benefícios no humor e um aumento do apoio social, da capacidade de lidar com a situação e um melhor funcionamento (91 - 94). Recomenda-se trinta minutos de exercício diário para apoiar a saúde mental, particularmente no caso da depressão, embora sejam necessárias mais evidências para apoiar esta orientação (91 - 92).

Valores e preferências

Entre as muitas abordagens de cuidados para a depressão perinatal, as grávidas e puérperas podem preferir abordagens de autogestão (por oposição a intervenções farmacológicas ou psicológicas) (88). Este facto pode ser atribuído a preferências pessoais, a preocupações com as complicações ou os riscos percebidos da exposição a medicamentos durante a gravidez ou o aleitamento, ou a dificuldades de acesso a tratamento(s) psicossocial(ais) ou psicológico(s) (por exemplo, distância geográfica, custos, listas de espera, cuidados infantis, estigma ou recursos locais disponíveis) (88).

Notas práticas

Exemplos de estratégias de autocuidado com evidências limitadas

É importante apoiar as pessoas com depressão perinatal a tomarem decisões informadas relativamente à escolha das estratégias de autocuidado. No âmbito destas discussões de planeamento de cuidados, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem estar cientes de que há uma falta de efeito demonstrado e consistente de algumas estratégias de autocuidado ou que há limitações significativas que sugerem cautela ao determinar a generalização e a eficácia clínica (88, 94, 98 - 102).

Exemplos de estratégias de autocuidado para a depressão perinatal com evidências limitadas ou resultados inconsistentes incluem ioga, ácidos gordos ómega-3, suplementos de ferro, chá de camomila e contacto pele-a-pele com o recém-nascido (88, 94, 98 - 104). As principais limitações são as seguintes:

- Como abordagem de autocuidado, o ioga pode ter muitos benefícios, incluindo a redução dos níveis de stress, ansiedade, dor e perturbações do sono (100). Os estados de relaxamento podem ser melhorados (100). No entanto, a frequência ideal da prática de ioga não é conhecida, variando muito o número de sessões por estudo, nem o seu impacto como modalidade de autocuidado na depressão pós-parto (100 - 102). Além disso, não se conhece o impacto dos componentes do ioga (como a atenção plena, exercícios e técnicas de relaxamento) ou de tipos específicos de ioga nos sintomas de depressão (102).
- Os ácidos gordos ómega 3, incluindo os que se encontram nas fontes de peixe (ou seja, ácido eicosapentaenóico (EPA) e ácido docosahexaenóico (DHA)) demonstraram resultados inconsistentes em ensaios aleatórios com alterações significativas e não significativas nas pontuações médias de depressão, versus placebo. São necessários mais estudos que apresentem amostras maiores, durações de estudo mais longas e dosagem consistente para determinar o efeito (88, 94). Entretanto, é encorajada uma dieta saudável e equilibrada, com ênfase numa boa nutrição, para que os indivíduos consigam uma melhor saúde (40).

- Um ensaio aleatório controlado por placebo examinou os efeitos da suplementação de ferro para pessoas pós-parto não anémicas durante seis semanas, versus placebo, nos sintomas de depressão confirmados (103). Os resultados indicaram uma diminuição significativa dos sintomas de depressão e uma melhoria das reservas de ferro. No entanto, são necessários mais estudos para examinar outros fatores que possam ter influenciado os resultados e se os efeitos secundários da suplementação com ferro causam quaisquer danos à pessoa ou ao seu bebé (se estiver a amamentar).
- Um pequeno ensaio aleatório concluiu que beber uma chávena de chá de camomila de forma consistente durante duas semanas reduziu significativamente os sintomas de depressão a curto prazo e melhorou as deficiências de sono em pessoas no período pós-parto (104). No entanto, os efeitos não foram observados quando os participantes deixaram de beber o chá e são necessários mais estudos. Os investigadores concluem que o chá pode ser útil como abordagem complementar e sugerem que os efeitos positivos do chá podem dever-se ao apigenin, um flavonoide, que tem um ligeiro efeito sedativo para ajudar a dormir e talvez ajudar nos sintomas de depressão.
- O contacto pele-a-pele com os recém-nascidos pode ser uma estratégia eficaz para reduzir os sintomas de depressão, uma vez que pode criar um sentimento positivo de ligação com o bebé e melhorar o humor (98). As grandes variações no tempo médio de contacto pele-a-pele, de duas a seis horas por dia, tornam difícil fazer quaisquer recomendações sobre a quantidade ideal de tempo de contacto (98 - 99).

Para promover o tempo para si próprio, os enfermeiros e a equipa interprofissional podem encorajar, educar e apoiar as pessoas a:

- Garantir um tempo regular para si próprio, no mínimo uma vez por semana ou mais, consoante a disponibilidade.
- Reconhecer o tempo para si próprio como um passo para proteger e promover a saúde mental e o bem-estar e para reduzir os sintomas de depressão.
- Valorizar o tempo para si próprio como uma estratégia de prevenção de baixo custo e de baixa intensidade.
- Recorrer ao apoio contínuo da sua rede social (se for caso disso), como amigos, vizinhos e prestadores de cuidados infantis remunerados, para garantir um tempo planeado e regular para si próprio.
- Incentivar os parceiros a partilharem as responsabilidades emocionais e práticas de cuidar dos filhos e da casa.
- Reconhecer que as pessoas que enfrentam desigualdades sociais podem ter dificuldade em ter tempo para si próprias devido às realidades das suas vidas (89).

Para promover e apoiar padrões de sono regulares e saudáveis, os enfermeiros podem ensinar as pessoas que estão em risco ou que apresentam sintomas de depressão perinatal a implementar o seguinte:

- Evitar o álcool e a cafeína.
- Praticar alguma atividade física ao fim da tarde ou ao início da noite.
- Acordar aproximadamente à mesma hora todas as manhãs para estabelecer uma rotina diária (quando possível).
- Levantar-se e ir para outra divisão até se sentir sonolento, se não adormecer no espaço de 15 minutos.
- Tomar um lanche ligeiro ou leite morno antes de adormecer.
- Incentivar sestas curtas durante o dia para fazer face às perturbações do sono durante a noite.
- Aceder ao parceiro da pessoa, à família, à rede social ou a uma doula pós-parto para permitir tempos de sono ininterruptos (quando possível).
- Praticar exercícios de redução do stress e de relaxamento (por exemplo, respiração profunda, imagética ou relaxamento muscular progressivo) (56).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Family Sevices Otawa (Serviços à Família de Otava). Resource booklet: Postpartum distress, depression and/or anxious moods [Internet]. Ottawa (ON): Family Services Ottawa; 2017. Disponível em: http://familyservicesottawa.org/wp-content/uploads/2017/04/PPDinfopackage-2017.pdf	■ Um folheto de recursos desenvolvido para mães que estão a sofrer de depressão ou ansiedade pós-parto. ■ A brochura inclui uma secção sobre cuidados pessoais com sugestões sobre como reduzir o stress, estabelecer sistemas de apoio e lidar com a ansiedade.
Best Start Resource Centre. Managing depression: a self-help skills resource for women living with depression during pregnancy, after delivery [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Disponível em: https://www.beststart.org/resources/ppmd/DepressionWorkbookFinal_15APR30.pdf	■ Um livro de exercícios para uma pessoa que vive com sintomas de depressão perinatal que se concentra em competências de gestão da depressão e mudanças no estilo de vida.
Pacific Post Partum Support Society. Postpartum depression & anxiety: a self-help guide for mothers (Depressão e ansiedade pós-parto: um guia de autoajuda para mães). 7ª ed. Vancouver (BC) 2014	■ Um guia prático para comprar para pessoas que estão a sofrer de depressão e ansiedade pós-parto. ■ O "pequeno livro roxo" inclui informações sobre o que ajuda a ultrapassar a depressão e a ansiedade e a recuperar.
Minnesota Department of Health. Maternal well-being plan [Internet]. St. Paul (MN): Minnesota Department of Health; 2016. Disponível em: http://www.health.state.mn.us/divs/cfh/topic/pmad/content/document/pdf/wellbeing-eng.pdf	■ Um plano de bem-estar para pessoas no pós-parto que se centra no sono, na nutrição, no apoio social e na atividade física. ■ Inclui uma breve ferramenta para as pessoas identificarem as suas estratégias de bem-estar e sinais de depressão ou ansiedade.
Royal College of Psychiatrists. Postnatal depression [Internet]. London (UK): Royal College of Psychiatrists; 2018. Disponível em: https://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsanddisorders/postnataldepression.aspx	■ Uma visão geral da depressão pós-parto, incluindo sinais e sintomas e opções de tratamento. ■ Inclui sugestões de autoajuda.

RECOMENDAÇÃO 2.4:

Incentivar as pessoas com sintomas de depressão perinatal a procurar apoio junto do parceiro, dos familiares, das redes sociais e dos pares, se for caso disso.

Nível de Evidência para o Resumo: Ia, Ib, IV

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 1; Moderada = 4

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

Apoio de parceiros, membros da família e rede social

As pessoas com sintomas de depressão pós-parto precisam e beneficiam do apoio social de parceiros, familiares e redes sociais (por exemplo, amigos, parceiros da comunidade ou colegas de trabalho), quando apropriado (105). Este tipo de apoio pode melhorar a capacidade de uma pessoa para lidar com os seus sintomas de depressão (105).

Apoio dos pares

O apoio dos pares oferece encorajamento e compreensão por parte de indivíduos que podem ter tido experiências semelhantes com sintomas de depressão (106 - 108). Este tipo de relação é único e difere de uma relação terapêutica com um enfermeiro ou membro da equipa interprofissional, uma vez que estes profissionais não são normalmente vistos pelas pessoas como tendo uma experiência vivida partilhada de depressão pós-parto (107).

O apoio dos pares para a depressão perinatal pode ser prestado de forma eficaz pessoalmente, por telefone ou através de fóruns de discussão em linha de grupos pós-parto (106 - 108). O apoio interpares por telefone aumenta a acessibilidade e reduz o estigma que por vezes se verifica nas interações presenciais (107). No entanto, é difícil determinar os efeitos independentes do apoio dos pares, uma vez que muitas das intervenções descritas nas evidências eram multimodais (por exemplo, apoio dos pares e TCC ou terapia de díade pais-bebé).

Apoio dos pares através de fóruns de discussão online

O acesso à Internet ou a intervenções interativas baseadas na Web (ou seja, cuidados tecnológicos) constitui um mecanismo facilmente disponível para muitas pessoas no pós-parto procurarem e obterem apoio de pares através de fóruns de discussão online (106, 108). Os sítios Web com salas de conversação para pessoas com sintomas de depressão pós-parto oferecem vantagens aos utilizadores, incluindo a redução das barreiras ao tratamento (incluindo custos, deslocações, estigma ou necessidades de cuidados infantis, se for caso disso) e o acesso a apoio com uma duração e frequência determinadas pelo próprio (108).

Estudos piloto[G] sugerem a viabilidade e a vontade de as pessoas com sintomas de depressão perinatal acederem e utilizarem intervenções baseadas na Internet, embora os resultados dos estudos sejam limitados e inconclusivos (106). Outros estudos concluíram que a participação em comunidades online era eficaz na redução dos sintomas de depressão pós-parto (106, 108).

Muitos fóruns de discussão em linha para a depressão pós-parto têm mecanismos de qualidade para criar ambientes em linha seguros e de apoio aos participantes que parecem contribuir para resultados positivos (106, 108). Estes mecanismos incluem moderadores nas salas de conversação que monitorizam os debates em linha e observam quaisquer sinais de publicações abusivas ou inadequadas, acesso a um formador com formação em direto e integração de abordagens baseadas em evidências. Na ausência destes mecanismos, é possível que os resultados não se repitam, pelo que os enfermeiros e a equipa interprofissional devem incentivar as pessoas a procurar ambientes online seguros e de apoio.

Benefícios e danos

Um benefício identificado da interação com colegas que partilham experiências semelhantes de depressão perinatal inclui a aquisição de conhecimentos e melhores sentimentos de esperança em relação à superação dos sintomas de depressão (107). No entanto, é importante notar que um par que tenha um historial de depressão pode também tornar essa pessoa menos capaz ou disponível para prestar apoio devido à sua própria perturbação de humor (70, 107). A formação e o apoio aos pares podem atenuar alguns destes efeitos.

Quando o parceiro, os membros da família ou a rede social de uma pessoa demonstram falta de compreensão e compaixão, não apoiam ou são abusivos, as pessoas com sintomas de depressão pós-parto podem sentir-se ainda mais isoladas e estigmatizadas (70). A falta de apoio por parte do parceiro, dos familiares ou das redes sociais da pessoa pode resultar de várias causas, incluindo o facto de não saberem como ajudar, de normalizarem ou minimizarem os sintomas de depressão, acreditando que a depressão não é uma doença mental que necessite de tratamento, ou de terem falta de empatia e/ou de traumas não resolvidos que levam a comportamentos abusivos. Independentemente da(s) causa(s) subjacente(s), a falta de apoio do parceiro, da família ou da rede social pode fazer com que as pessoas com depressão pós-parto confiem mais noutras pessoas, incluindo o apoio de pares (70, 107). Em situações em que não existe apoio social disponível, os sintomas de depressão podem agravar-se (107).

Valores e preferências

O apoio individual presencial em casa da pessoa foi valorizado por ser facilmente acessível e oportuno. O apoio em grupo foi preferido para a partilha de estratégias de sobrevivência e para normalizar os sentimentos de depressão (105).

As pessoas referiram que valorizavam as seguintes ações para se sentirem apoiadas: 1) ouvir e reconhecer os seus sentimentos, 2) garantir que as suas experiências não são invulgares e 3) oferecer um sentimento de esperança de que as coisas podem melhorar com apoio e tratamento (105).

Notas práticas

Os tipos de apoio do parceiro, da família e da rede social que as pessoas com sintomas de depressão pós-parto podem considerar úteis incluem:

1. Informativo (ou seja, dar conselhos e orientações sobre tópicos como os sintomas da depressão pós-parto para reduzir os sentimentos de inadequação, vergonha ou embaraço).
2. Instrumental (ou seja, ajuda e assistência em tarefas práticas, como tarefas domésticas ou cuidados infantis)
3. Emocional (ou seja, prestar cuidados, empatia e compaixão através de uma escuta ativa).
4. Afirmação (ou seja, reconhecimento e validação da experiência da depressão) (105).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Partners to parents [Internet]. Melbourne (AU): Partners to Parents; c2016. Disponível em: http://www.partnerstoparents.org/	■ Um sítio Web baseado em dados concretos com estratégias sobre a forma como os parceiros se podem apoiar mutuamente quando se tornam pais. ■ Inclui um enfoque na depressão perinatal e nos sintomas de ansiedade e fatores de risco.
Best Start Resource Centre. Creating circles of support for pregnant women and new parents: A manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2009. Disponível em: https://www.beststart.org/resources/ppmd/pdf/circles_of_support_manual_fnl.pdf	■ Um manual para os prestadores de serviços sociais e de saúde para ajudar as grávidas e as puérperas, incluindo as que sofrem de depressão perinatal, a criar um círculo de apoio. ■ Uma listagem de recursos de serviços em Ontário, Canadá.

RECOMENDAÇÃO 2.5:

Fornecer ou facilitar o acesso a intervenções psicoeducativas a pessoas em risco ou com depressão perinatal.

Nível de Evidência para o Resumo: Ib

Qualidade da evidência para o resumo: Alta =1; Moderada = 2

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

Como intervenção, a psicoeducação envolve enfermeiros e a equipa interprofissional que fornecem informações, apoio, educação para a saúde e ensino sobre condições específicas de saúde física ou mental. O objetivo da psicoeducação é estabelecer um diálogo com a pessoa para promover uma melhor compreensão e consciencialização de um problema de saúde e das opções de tratamento disponíveis, bem como para diminuir os fatores de stress resultantes da falta de informação (83, 109).

Através de intervenções psicoeducativas, as grávidas e as puérperas adquirem conhecimentos sobre a depressão, incluindo os fatores de risco modificáveis associados (por exemplo, sintomas físicos, baixo apoio social e fatores infantis), estratégias de controle e de autocuidado, riscos de depressão não tratada e dicas para aceder a recursos locais de depressão perinatal (83, 109 - 110). As pessoas aprendem como a dinâmica familiar pode mudar com a chegada de um recém-nascido, os passos para construir a autoeficácia e os comportamentos de procura de ajuda, bem como o papel e a importância do envolvimento e apoio do parceiro (109).
Através da psicoeducação, os sintomas de depressão, medidos por instrumentos de rastreio válidos como o EPDS, são reduzidos após a intervenção, em comparação com os controlos que receberam cuidados normais (109).

Utilizando abordagens multimodais, verificou-se que umas variedades de intervenções psicoeducativas são eficazes na redução dos sintomas de depressão na gravidez e no pós-parto, incluindo:

- Sessão(ões) educativa(s) para promover a **literacia em saúde**[G] (109).
- Livros de autoajuda e outras informações escritas para apoiar a educação para a saúde e reforçar os ensinamentos (110).
- Sensibilização para as opções de tratamento e para os recursos locais disponíveis (109).

Benefícios e danos

Os benefícios das intervenções psicoeducativas para pessoas com depressão perinatal incluem:

- Uma melhor compreensão e sensibilização para a depressão perinatal e para as estratégias de sobrevivência (110).
- Um nível mais elevado de autoeficácia, em que uma pessoa se sente mais confiante na sua capacidade de cuidar do seu bebé e de fazer a transição para o papel de pai (109).
- Uma maior sensibilização para os recursos disponíveis de profissionais e não profissionais, bem como para os instrumentos de autoajuda (8).
- Uma melhor capacidade de desenvolver uma relação de afeto com o bebé (109).

Valores e preferências

Um ensaio clínico randomizado baseado na comunidade concluiu que as participantes que receberam uma intervenção de psicoeducação pós-parto nas primeiras duas semanas pós-parto apresentaram resultados mais baixos de sintomas de depressão às seis e 12 semanas pós-parto (75).
As participantes relataram satisfação com a intervenção de psicoeducação, que incluiu uma visita ao domicílio, telefonemas de follow-up (seguimento) e um folheto educativo. As participantes no estudo consideraram que a psicoeducação deveria fazer parte dos cuidados habituais e que um follow-up (seguimento) mais prolongado (para além das duas primeiras semanas pós-parto), sob a forma de visitas ao domicílio ou de telefonemas, seria benéfico para as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto mais tarde, no primeiro ano após o parto.

Uma revisão da Cochrane sobre intervenções de psicoeducação pós-parto que incluíam uma componente de avaliação física efetuada por enfermeiros em casa versus no hospital não demonstrou uma melhoria dos resultados de depressão por modo de parto (111). No entanto, as visitas ao domicílio foram positivamente associadas a abordagens individualizadas, melhor acesso (eliminando algumas barreiras como o transporte e os cuidados infantis) e início e continuação atempados dos cuidados.

Notas práticas

No contexto dos cuidados de enfermagem, as intervenções psicoeducativas para a depressão perinatal podem ser:

- Incorporadas nos cuidados clínicos de rotina, tanto verbalmente como através de materiais escritos (109 - 110).
- Ministradas de forma breve e em diversos contextos, incluindo grupos pré-natais e pós-parto (109).
- Utilizadas para promover comportamentos de procura de ajuda, conduzindo a revelações mais precoces e a resultados potencialmente melhores (109).
- Oferecidas como intervenção autónoma ou como complemento de outras intervenções (como tratamentos psicológicos e farmacológicos), em função dos resultados da avaliação exaustiva e das necessidades e preferências identificadas da pessoa (83).
- A educação é ministrada a uma pessoa grávida ou a uma pessoa e ao seu parceiro. Um ensaio controlado concluiu que a educação baseada no estilo de vida para a grávida e/ou o seu parceiro reduziu os sintomas médios de depressão medidos pela EPDS, para além da ansiedade, durante a gravidez (112). Os temas analisados na intervenção incluíam o sono, a nutrição, a atividade física, o autoconceito e a sexualidade. A participação dos parceiros foi considerada benéfica, uma vez que proporcionou apoio psicossocial à grávida.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Corey E, Thapa S. Postpartum depression: an overview of treatment and prevention. Geneva (CH): World Health Organization; 2011. Disponível em: https://www.gfmer.ch/SRH-Course-2011/maternal-health/pdf/Postpartum-depression-Corey-2011.pdf	■ Uma apresentação em PowerPoint que resume as opções de prevenção e tratamento da depressão pós-parto baseadas em evidências. ■ As estratégias de prevenção dirigem-se a populações de risco, em comparação com a população pós-parto em geral, e incluem intervenções psicossociais e psicológicas.

RECOMENDAÇÃO 2.6:

Proporcionar ou facilitar o acesso a intervenções psicossociais orientadas por profissionais, incluindo aconselhamento não diretivo, para pessoas com depressão perinatal.

Nível de Evidência do Resumo: Ia, Ib

Qualidade da evidência para o resumo: Moderada = 1; Baixa = 2

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

O aconselhamento não-diretivo fornece apoio através da empatia, da escuta ativa, do encorajamento, da resolução colaborativa de problemas e do desenvolvimento de relações terapêuticas positivas, em que as pessoas são encorajadas a encontrar soluções ou abordagens que funcionem para elas (113 - 114). Este tipo de intervenção é adequado para as pessoas que não necessitam de cuidados por parte de um profissional de diagnóstico de saúde mental (como um psicólogo, um enfermeiro de saúde mental psiquiátrica ou um psiquiatra) (113).
O aconselhamento não-diretivo pode ser eficazmente fornecido como um tipo de apoio psicossocial para a depressão pós-parto, tanto em formato individual como em grupo, e pode ser facilitado por enfermeiros com formação ou por membros da equipa interprofissional (115).

O aconselhamento não diretivo reduz os sintomas de depressão perinatal, mas os resultados são limitados (113). As pessoas que receberam aconselhamento não-diretivo através de visitas de escuta durante a gravidez por parte de enfermeiros tiveram pontuações EPDS mais baixas no pós-parto, em comparação com as que não receberam a intervenção de aconselhamento (114). Um ensaio aleatório realizado na Noruega concluiu que as pessoas com pontuações elevadas no rastreio da depressão que receberam aconselhamento não-diretivo de enfermeiros de saúde pública em clínicas de apoio ao bebé tiveram uma redução significativa das pontuações no rastreio da depressão aos três e seis meses após o parto (113). O número de sessões realizadas por enfermeiros de saúde pública foi concebido em função das necessidades individualizadas da pessoa; alguns participantes receberam apenas uma sessão de aconselhamento, mas considera-se que beneficiaram do facto de conhecerem o apoio disponível.

Benefícios e danos

É necessária uma avaliação mais aprofundada do aconselhamento de apoio por parte dos participantes para identificar se existem danos que possam resultar deste tipo de intervenção de apoio social (113)..

Valores e preferências

Para prestar um aconselhamento não-diretivo eficaz, o enfermeiro deve integrar os valores da humanidade, da autenticidade e da centragem na pessoa, através da autoconsciência, da autoaceitação e da abertura com a pessoa, segundo o psicólogo Rogers (113).

Notas práticas

Quando utilizam o aconselhamento não-diretivo, os enfermeiros devem certificar-se de que tomam as seguintes medidas

- Estabelecer e manter uma relação terapêutica com a pessoa.
- Concentrar-se na experiência da pessoa e na sua capacidade de resolver problemas e gerir as suas próprias situações.
- Assegurar uma compreensão clara da perspetiva da pessoa.
- Não julgar através de uma escuta solidária e empática.
- Tratar a pessoa com consideração e respeito.
- Ser aberto e transparente em todas as comunicações.
- Referir-se a apoios adicionais (como um diagnosticador de saúde mental, ou seja, psiquiatra, psicólogo, enfermeiro de saúde mental psiquiátrica) quando indicado, em casos de depressão moderada a grave ou agravamento dos sintomas.
- Encaminhar e facilitar o acesso a uma unidade de cuidados urgentes em casos de automutilação identificada ou de ideação ou risco suicida (113 - 114, 116).

Exemplos de tópicos discutidos durante uma sessão de aconselhamento não-diretivo podem incluir:

- Os pensamentos e as emoções da pessoa.
- A transição para o papel parental.
- Mudanças na dinâmica das relações familiares.
- Resolução de problemas.
- Encorajamento de abordagens positivas (114).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
The Australian College of Mental Health Nurses. Non-directive counselling: what it is [Internet]. Deakin West (AU); c2018. Disponível em: http://www.acmhn.org/contact-the-australian-college-of-mental-health-nursing	■ Um documento de discussão sobre os componentes do aconselhamento não diretivo, incluindo a neutralidade, a tomada de decisões autónoma e a adaptação das sessões às circunstâncias e necessidades dos indivíduos.
Braddell A. Citizen's guide to non-directive coaching [Internet]. Leicester (UK): Learning and Work Institute; 2017. Disponível em: https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching	■ Um recurso baseado na investigação sobre os princípios do aconselhamento não diretivo. ■ O recurso baseia-se em conceitos de aprendizagem de adultos.

RECURSO	DESCRIÇÃO
World Health Organization. Thinking Healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression (WHO generic field-trial version 1.0). Genebra (CH): WHO; 2015. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/	■ Um manual sobre a gestão psicossocial da depressão perinatal. ■ Inclui dicas para boas estratégias de comunicação, incluindo: □ Marcar a hora da reunião em concertação com a pessoa. □ Salientar que todas as comunicações permanecerão confidenciais e que a pessoa tem direito à privacidade, exceto em situações urgentes de risco identificado de danos para a pessoa, o bebé ou outra criança. □ Sentar-se ao nível da pessoa e falar num tom amigável e não crítico. □ Incentivar a pessoa a falar abertamente. Utilizar perguntas abertas para explorar os sentimentos. □ Manter-se positivo, mesmo que a pessoa não mostre quaisquer sinais de mudança. Isto encorajará a pessoa a continuar a tentar apesar dos seus desafios.
Terrazas C, Segre L, Wolfe C. Moving beyond depression screening: integrated perinatal depression treatment into OB/GYN practices. Prim Health Care Res Dev. 2018; 12:1-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29429427	■ Um ensaio clínico randomizado examinou o efeito das visitas de escuta em ambientes clínicos de obstetras/ginecologistas (OB/GYN). ■ Os resultados indicaram que as visitas de escuta eram viáveis e aceitáveis no local, num contexto de prática de OB/GYN, para pessoas com depressão perinatal ligeira a moderada, conforme determinado por uma ferramenta de rastreio válida (por exemplo, EPDS). As pessoas receberam até seis visitas de escuta semanais com uma duração máxima de 50 minutos, efetuadas por assistentes sociais e enfermeiros com formação, ou médicos. A formação dos prestadores de cuidados de saúde incluiu a resposta empática, a escuta ativa e a resolução colaborativa de problemas. ■ A oferta de visitas de escuta numa clínica de obstetrícia/ginecologia foi preferida pelos participantes, uma vez que ultrapassava as barreiras ao acesso aos cuidados psicossociais para a depressão perinatal, tais como a desconfiança em relação aos especialistas em saúde comportamental, o estigma e a vergonha de receber serviços e apoios de saúde mental e as barreiras logísticas aos cuidados.

RECOMENDAÇÃO 2.7:

Proporcionar ou facilitar o acesso a psicoterapias, como a terapia cognitivo-comportamental ou a terapia interpessoal, para a depressão perinatal.

Nível de Evidência do Resumo: Ia, Ib

Qualidade da evidência para o resumo: Moderada = 8; Baixa = 5

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

A TCC é um tipo de psicoterapia de curta duração que se centra na interação entre pensamentos, emoções e comportamentos (115). Verificou-se que é significativamente benéfica como tratamento da depressão perinatal, tanto em grupo como individualmente (115). Foram observados efeitos positivos imediatamente após a intervenção e, em menor grau, até seis meses ou mais, medidos por várias escalas de depressão, em comparação com o tratamento padrão (115). Como tipo de psicoterapia, pode ser utilizada eficazmente como tratamento de primeira linha para pessoas com depressão perinatal ligeira a moderada; para as pessoas com sintomas graves, a psicoterapia pode ser eficaz quando combinada com medicamentos (117).

Os prestadores de TCC incluem enfermeiros e outros membros da equipa interprofissional, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e médicos de clínica geral (11, 71, 118). O TCC pode ser fornecido de forma flexível numa variedade de contextos, tais como serviços de cuidados agudos, primários e comunitários, por telefone e em casa das pessoas (118). Também pode ser ministrado em zonas rurais onde o acesso a serviços e apoios de saúde mental pode ser limitado ou onde o transporte ou a geografia constituem uma barreira (118). Não foram encontradas diferenças significativas na eficácia de um tipo de psicoterapia tradicional (ou seja, CBT versus IPT) para a depressão pós-parto (11).

Na sua função de facilitar o acesso ao TCC, os enfermeiros podem educar as pessoas com sintomas de depressão perinatal sobre os principais componentes deste tipo de intervenção psicológica, que são resumidos a seguir. Estes incluem os tipos de técnicas de TCC, a calendarização, a gravidade dos sintomas depressivos, o TCC individual ou em grupo, o programa de TCC pela Internet assistido por um terapeuta e os custos.

Tipos de técnicas de CBT

Os tipos de técnicas de TCC que se revelaram eficazes para os sintomas de depressão perinatal variaram, sendo muitas vezes multifacetadas, com sessões estruturadas que seguiam um manual de tratamento (11). Exemplos de técnicas utilizadas na TCC incluem a psicoeducação, bem como as seguintes:

- A reestruturação cognitiva desafia os padrões de pensamento negativos sobre o sentido de si próprio, o seu mundo e o seu futuro. Estes padrões de pensamento atuam como um filtro da experiência e podem predispor ao risco de desenvolver uma depressão (11, 115).
- A TCC orientada para os problemas envolve a aprendizagem de competências como a definição de objetivos, a gestão do stress, a identificação e substituição de pensamentos negativos, a resolução de problemas, a divisão de tarefas e as competências parentais (11). Estas competências resultaram em níveis mais elevados de autoestima, menos stress e pensamentos negativos. Verificou-se que este tipo de TCC reduziu significativamente os sintomas de depressão pré-natal, em comparação com os cuidados habituais (118).

- A ativação comportamental ensina competências para lidar com comportamentos como o conflito interpessoal ou o evitamento, enquanto mecanismo de sobrevivência que contribuiu para os sintomas de depressão. São ensinadas às pessoas competências para se envolverem em atividades gratificantes e reduzirem o evitamento de conflitos ou situações difíceis e aumentarem os seus apoios sociais (11, 74). Verificou-se que a ativação comportamental é tão eficaz como os antidepressivos para adultos com sintomas de depressão (74).
- A TCC baseada na atenção plena é a menos estudada das intervenções relacionadas com a TCC para a depressão perinatal (119). Envolve a aprendizagem de competências através de sessões orientadas verbalmente para apoiar a presença, o não julgamento, a aceitação das experiências do momento presente e o desenvolvimento de uma consciência das respostas físicas (como a respiração) para reduzir a ruminação e os pensamentos negativos ou autocríticos (119).

Calendário

A TCC pode ser utilizada tanto na gravidez como no pós-parto (71). Foi demonstrada uma diminuição significativa dos sintomas de depressão quando comparados com os dos grupos de controlo; no entanto, a TCC pode ser mais eficaz quando iniciada no pós-parto do que durante a gravidez (71).

A gravidade dos sintomas de depressão

Um ensaio clínico randomizado revelou que as grávidas que apresentavam um risco baixo a moderado de depressão e que receberam TCC diminuíram significativamente os sintomas de depressão medidos pela EPDS, em comparação com os controlos que receberam abordagens normais de cuidados (118). A maior melhoria nos resultados dos sintomas de depressão foi observada naquelas que conseguiram continuar a utilizar os conhecimentos da TCC após a conclusão do período de intervenção (118). Do mesmo modo, uma revisão narrativa concluiu que a TCC é uma intervenção eficaz para a depressão pós-parto ligeira a moderada, mas não conseguiu confirmar este efeito com sintomas graves (116). O CBT também pode não ser eficaz para as grávidas que identificaram fatores de risco para a depressão, mas que ainda não desenvolveram sintomas (por exemplo, têm pontuações totais no EPDS inferiores a uma pontuação de corte atribuída de 10, o que sugere um baixo risco de depressão) (120).

TCC individual versus TCC em grupo

A TCC pode ser proposta em formato individual ou em grupo. As pessoas podem ter dificuldade em falar num contexto de grupo, uma vez que este formato exige que os participantes partilhem abertamente as suas experiências de depressão e apliquem técnicas de TCC (121). A relutância em participar na TCC em grupo também pode ser influenciada pela estigmatização, embora isto exija uma investigação mais aprofundada (116). A TCC em grupo utiliza menos recursos e oferece aos participantes a oportunidade de conhecer outras pessoas e construir a sua rede social. No entanto, a decisão entre a TCC individual e a TCC em grupo deve ser cuidadosamente ponderada por cada pessoa para determinar a melhor escolha (121).

Programas de CBT na Internet assistidos por terapeutas

Os programas de TCC online relataram uma redução significativa dos sintomas de depressão quando a psicoterapia foi aumentada com apoio individualizado através de contactos semanais por correio eletrónico ou por telefone (122).

Custos

A TCC requer tempo e empenho e pode ter custos financeiros associados para despesas de deslocação ou de cuidados infantis (121). Muitas séries de TCC incluem oito a 12 sessões consecutivas, o que pode ser um desafio para as pessoas completarem devido a exigências concorrentes de cuidar de um bebé ou de outra criança ou de outras responsabilidades. As baixas taxas de conformidade (ou seja, a presença regular e consecutiva nas sessões de TCC) podem ter um impacto negativo nos benefícios da TCC (121).

Limitações do estudo

Apesar da eficácia da TCC para a depressão perinatal, existem algumas limitações importantes que devem ser consideradas. Em grande parte das evidências, os componentes específicos da TCC variaram, uma vez que apenas alguns estudos utilizaram uma abordagem estruturada e consistente, detalhando o conteúdo de cada sessão, os exercícios dos participantes e os objetivos num manual (121, 123). Este facto cria potenciais fatores de confusão quando se tenta determinar quais os componentes da TCC que são mais eficazes (121, 123). Não é claro se a TCC - particularmente num formato de grupo - é adequada para todas as pessoas, ou se pode ser uma abordagem melhor em determinadas fases da recuperação da depressão (121, 123).

Psicoterapia Interpessoal (IPT)

A IPT é um tipo de psicoterapia de curta duração que se centra nas preocupações atuais, como o funcionamento social, os conflitos, as transições de papéis, o luto e os défices interpessoais (11). Verificou-se que a IPT é uma intervenção eficaz para a depressão, tanto na população não perinatal como perinatal, uma vez que examina o impacto das comunicações e interações de uma pessoa com os outros na sua saúde mental (11, 81). Verificou-se que é um tipo de psicoterapia eficaz, em formato individual ou de grupo, tanto em pessoa como por telefone, para tratar os sintomas da depressão perinatal, utilizando abordagens práticas e abordando os desafios pessoais atuais relacionados com a transição para a parentalidade.

Benefícios e danos

Os benefícios demonstrados da IPT para o tratamento dos sintomas de depressão pós-parto incluem o seguinte:

- É um tratamento de primeira linha eficaz para a depressão pós-parto. Foram demonstradas melhorias significativas na redução da gravidade dos sintomas, na melhoria da recuperação e no aumento do ajustamento psicossocial, em comparação com os resultados da depressão antes do tratamento com os resultados após o tratamento ou com os controlos (81).
- Pode ser facilitada por uma variedade de prestadores de cuidados de saúde com formação, incluindo enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e médicos de clínica geral (81).
- Tem resultados generalizáveis entre populações, uma vez que muitos estudos rigorosos utilizam manuais de tratamento que descrevem e detalham os objetivos e o conteúdo das sessões, permitindo comparações de intervenções de estudo semelhantes (123).

Valores e preferências

Embora o apoio social em contextos de grupo possa ser valioso para a pessoa com sintomas de depressão pós-parto, algumas pessoas preferem privacidade, atenção individual e confidencialidade (70). Os contextos de grupo podem ser um desafio em termos de logística, uma vez que os horários das reuniões podem não se adequar à agenda da pessoa; neste caso, as sessões individuais podem ser preferidas.

As evidências indicam uma preferência por psicoterapias, em vez de medicamentos, devido a preocupações com os riscos durante a gravidez ou a lactação (11).

Notas práticas

Um exemplo de conteúdo para um programa de TCC breve de seis sessões facilitado por um assistente social e um colega para pessoas grávidas incluía o seguinte (118):

NÚMERO DA SESSÃO	CONCEITOS DISCUTIDOS
Um	■ Introdução; ■ Sintomas de depressão; ■ Definição de objetivos; e ■ A relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos.
Dois	■ Técnicas de redução do stress, de controlo e de relaxamento; ■ Autocontrolo dos pensamentos distorcidos e negativos; e ■ Aumentar o diálogo interno positivo e as afirmações.
Três	■ Melhorar as capacidades de comunicação na rede social da pessoa; ■ Avaliação das relações; e ■ Violência entre parceiros íntimos e planeamento de segurança.
Quatro	■ Melhorar a comunicação aberta nas relações da pessoa; ■ Fatores de risco para a depressão pré-natal e o que pode ajudar a mitigar esses riscos; e ■ Sinais e sintomas de depressão pós-parto.
Quinta	■ Luto, perda e espiritualidade; e ■ Praticar técnicas para acabar com os pensamentos negativos e aumentar as afirmações e a conversa interna positiva.
Seis	■ Sinais e sintomas de depressão pós-parto; ■ Avaliação das seis sessões; e ■ Definição de objetivos para gerir a transição de papéis para a parentalidade.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS E DA EQUIPA INTERPROFISSIONAL EM TCC	
Centre for Addiction and Mental Health. Cognitive behaviour therapy certification program for nurses and other health-care providers [Internet]. Centre for Addiction and Mental Health; c2018. Disponível em: https://www.camh.ca/en/education/continuing-education/continuing-education-programs-and-courses/cognitive-behavioural-therapy-cbt-certificate-program	■ Um sítio Web que descreve os requisitos do curso para concluir a certificação em TCC para enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde.
Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Mensah G, Singh T. Evidence brief: Exploring interventions to address perinatal mental health in a public health contexto. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2016. Disponível em: https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Evidence_Brief_Perinatal_Mental_Health_2017.pdf	■ Um resumo de evidências sobre intervenções para abordar a saúde mental perinatal num contexto de saúde pública. ■ As intervenções psicossociais e psicológicas revelaram-se eficazes na abordagem dos sintomas de depressão perinatal.
The BC Reproductive Mental Health Program. Coping with depression in pregnancy and following the birth: A cognitive-behaviour therapy-based self-management guide for women [Internet]. Vancouver (BC): BC Mental Health & Addiction Services; 2011. Disponível em: https://www.beststart.org/events/2014/bsannualconf14/webcov/Presentations_ForParticipants/New/C3_PPD-BestStart%20February%202014.pdf	■ Um livro de autoajuda para aprender competências utilizando princípios baseados na TCC para prevenir ou gerir os sintomas da depressão perinatal. ■ O recurso também inclui informações para os prestadores de cuidados de saúde.
World Health Organization. Thinking Healty (Pensar saudável): A manual for psychosocial management of perinatal depressio (WHO generic field-trial version 1.0). Genebra (CH): World Health Organization; 2015. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/	■ Um recurso para prestadores de cuidados de saúde comunitários em contextos de cuidados primários que não têm conhecimentos ou experiência prévios em cuidados de saúde mental. ■ O manual descreve abordagens baseadas em evidências que utilizam técnicas de TCC e intervenções psicológicas de baixa intensidade. ■ O manual é relevante para a depressão perinatal com módulos sobre a saúde mental da pessoa, a sua relação com o bebé e a sua relação com as pessoas que a rodeiam durante a gravidez até oito a dez meses após o parto.

RECURSO	DESCRIÇÃO
FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS E DA EQUIPA INTERPROFISSIONAL EM TCC	
Posmontier B, Neugebauer R, Stuart S, et al. Telephone administered interpersonal psychotherapy by nurse midwives for postpartum depression. J Midwifery Womens Health. 2016;61(4):456-466. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12411	■ Um estudo que envolveu enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (midwives) americanas, certificadas, que forneceram IPT via telefone a pessoas pós-parto com depressão. ■ Os resultados indicam uma redução significativa dos níveis de depressão às oito e 12 semanas, em comparação com o grupo de controlo. ■ O IPT, ministrado por telefone por enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, certificadas, foi considerado um método eficaz e aceitável para reduzir a gravidade dos sintomas de depressão.
World Health Organization and Columbia University Group interpersonal therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Genebra (CH): World Health Organization; 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf;jsessionid=72F542A8C0F2457C767034C4ED6220E8?sequence=1	■ Um manual sobre IPT em grupo para a depressão. O manual não inclui recomendações específicas para a depressão perinatal. ■ Pode ser utilizado por facilitadores, incluindo enfermeiros supervisionados ou pessoal psicossocial, que podem não ter formação prévia em saúde mental, como uma ferramenta para apoiar a expansão dos serviços de saúde mental em contextos de cuidados de saúde.
Dennis CL, Ravitz P, Zupancic J, et al. Telephone-based interpersonal psychotherapy by trained non-specialist nurses for the treatment of postpartum depression: A nation-wide randomised controlled trial (manuscrito não publicado]. Toronto: University of Toronto; 2018.	■ Um RCT que examina o IPT telefónico por enfermeiros não especializados treinados para o tratamento da depressão pós-parto. ■ Os participantes eram social e etnicamente diversos e viviam em zonas rurais e remotas. ■ A intervenção consistiu em 12 sessões semanais ou em cuidados habituais. ■ Os resultados indicam que os participantes no grupo IPT tinham 4,5 vezes menos probabilidades de estarem clinicamente deprimidos em 12 semanas após a intervenção, em comparação com os controlos. É eficaz para a depressão pós-parto.

RECURSO	DESCRIÇÃO
FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS E DA EQUIPA INTERPROFISSIONAL EM TCC	
College of Nurses of Ontario. Psychotherapy and the controlled act component of psychotherapy [Internet]. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2018. Disponível em: http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/answers-to-your-questions-about-psychotherapy/	■ A psicoterapia como ato controlado foi proclamada pelo organismo regulador provincial do Ontário em 30 de dezembro de 2017. ■ The Regulated Health Professions Act, 1991 (RHPA) define o ato controlado como "Tratar, por meio de técnicas de psicoterapia, através de uma relação terapêutica, os problemas graves de um indivíduo", perturbação do pensamento, da cognição, do humor, da regulação emocional, da perceção ou da memória que possa afetar gravemente o discernimento, a perceção, o comportamento, a comunicação ou o funcionamento social do indivíduo". ■ O ato controlado da psicoterapia inclui os seguintes componentes: 1. Estar a tratar um cliente. 2. Estar a aplicar uma técnica de psicoterapia. 3. Ter uma relação terapêutica com o cliente. 4. O cliente tem uma perturbação grave do pensamento, da cognição, do humor, da regulação emocional, da perceção ou da memória. 5. Esta perturbação pode afetar gravemente o discernimento, a perceção, o comportamento, a comunicação ou o funcionamento social do cliente.

RECOMENDAÇÃO 2.8:

Apoiar a tomada de decisões informadas e defender o acesso a intervenções farmacológicas para a depressão perinatal, conforme adequado.

Nível de Evidência do Resumo: Ia, Ib

Qualidade da evidência para o resumo: Alta =2; Diretrizes: Alta = 1; Moderada = 1

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

Enfermeiros que apoiam pessoas que estão a considerar intervenções farmacológicas

Como parte da equipa interprofissional que presta serviços de saúde mental para a depressão perinatal, os enfermeiros devem ser capazes de apoiar as grávidas e as puérperas na tomada de decisões informadas relativas a intervenções farmacológicas (124). A decisão sobre a utilização, continuação ou descontinuação de medicamentos para a depressão perinatal é, por conseguinte, uma questão que deve ser considerada individualmente pela pessoa e pelo prestador de cuidados de saúde primários que prescreve a medicação. Devem ponderar todos os riscos e benefícios potenciais relacionados com a história da pessoa, os recursos disponíveis e as suas preferências (40, 56, 124).

Considerações de enfermagem farmacológicas fundamentais para a depressão perinatal

Em colaboração com a equipa interprofissional, os enfermeiros devem estar cientes da utilização de abordagens farmacológicas para a depressão perinatal, que incluem o seguinte:

- As abordagens farmacológicas destinam-se geralmente às pessoas com depressão moderada a grave ou àquelas cuja depressão não respondeu a abordagens psicológicas ou outras abordagens não farmacológicas.
- Os episódios de depressão podem variar e podem ter remissões espontâneas, mas podem ainda assim deixar uma pessoa em risco de recorrência.
- As preocupações de segurança relativas à presença ou ausência de tratamento farmacológico podem variar ao longo do período perinatal e consoante a pessoa em causa.
- As discussões relativas às abordagens farmacológicas podem diferir consoante a pessoa esteja grávida ou a amamentar.
- Cada pessoa deve ser informada dos potenciais efeitos secundários dos medicamentos, das suas interações com outros medicamentos e dos atrasos no início de uma resposta. Até que a resposta aos medicamentos se torne efetiva, é recomendado apoio adicional.
- Devem ser escolhidos os medicamentos com o menor risco conhecido.
- As dosagens dos medicamentos para a depressão perinatal podem ter de ser ajustadas devido à farmacocinética e farmacodinâmica da gravidez e da lactação.
- A interrupção dos medicamentos pode aumentar o risco de agravamento dos sintomas e de recaída da doença.
- A compreensão dos efeitos a longo prazo no desenvolvimento neurológico pediátrico é muito limitada e são necessárias mais evidências neste domínio.
- A presença ou ausência de tratamentos farmacológicos ou não farmacológicos para a depressão perinatal pode ter impacto nas interações e na criação de laços entre uma pessoa e o seu bebé (40, 56).

Variáveis individualizadas relativas à farmacologia

As intervenções farmacológicas para a depressão perinatal são influenciadas pelas necessidades específicas de cada pessoa. Estas variáveis podem incluir:

- A gravidade da doença.
- O momento da gravidez.
- A inclusão ou exclusão da lactação.
- Preferência pessoal.
- Outras receitas e efeitos secundários.
- Qualquer historial de consumo de substâncias.
- Utilização anterior e resposta a antidepressivos e/ou outros medicamentos utilizados no tratamento da depressão.
- Qualquer história passada ou atual de depressão (125).

Evolução dos dados sobre as abordagens farmacológicas

As evidências sobre as abordagens farmacológicas não apoiam recomendações gerais para todas as pessoas. Em vez disso, a evidência oferece os seguintes princípios orientadores:

- É necessária uma melhor compreensão dos riscos e benefícios para poder informar melhor as abordagens farmacológicas.
- Existem riscos obstétricos e fetais associados a qualquer exposição a medicamentos, mas estes riscos podem causar menos complicações do que a ausência de medicamentos.
- Existem mais evidências disponíveis sobre a eficácia das intervenções psicossociais e psicológicas para a depressão perinatal.
- Não existem opções de risco zero.
- As decisões devem ser tomadas numa base individualizada, caso a caso.
- Um atraso ou a ausência de tratamento pode estar associado a consequências deletérias para a pessoa, o bebé, o parceiro, a família e outras pessoas significativas (quando aplicável) (40, 56).

A literatura sobre farmacologia da depressão perinatal continua a crescer. Os enfermeiros e a equipa interprofissional devem manter os conhecimentos atuais e a consciência das complexidades que envolvem as intervenções farmacológicas para a depressão perinatal, de modo a apoiar a tomada de decisões informadas. As considerações para cada pessoa devem ser consideradas cuidadosamente, examinando todas as opções, serviços, apoios e preferências possíveis.

Benefícios e danos

As pessoas podem ser avessas ao tratamento farmacológico durante a gravidez ou a lactação, devido ao medo, ao estigma ou à falta de conhecimento (126). Em resposta, as pessoas precisam de ser ouvidas e de ver as suas preocupações abordadas. Em contrapartida, uma decisão rápida de tratar com intervenções farmacológicas sem ouvir as necessidades da pessoa e responder a eventuais receios pode ter um impacto negativo ou corroer uma relação terapêutica (126).

Valores e preferências

Os resultados de um ensaio aleatório multicêntrico indicaram uma preferência por intervenções psicossociais (ou seja, visitas de escuta), em vez de antidepressivos, para o tratamento da depressão pós-parto (125). A justificação para a preferência por intervenções psicossociais incluía preocupações com a exposição a antidepressivos durante a amamentação, o estigma e o potencial de dependência de medicamentos e efeitos secundários. No entanto, houve uma aceitação da farmacoterapia como abordagem de tratamento da depressão pós-parto, quando necessário.

Notas práticas

A tomada de decisões sobre a utilização de medicamentos para a depressão durante a gravidez é complexa. As evidências sugerem que o fornecimento de informações e a implementação de um processo de tomada de decisão colaborativo foram os dois fatores mais importantes para as grávidas com sintomas de depressão que estavam a considerar o tratamento antidepressivo (124, 126). Embora a maioria dos enfermeiros não tenha como função principal a prescrição de medicamentos para a depressão perinatal, devem possuir os conhecimentos, as competências e o discernimento necessários para apoiar a tomada de decisões informadas e o acesso a intervenções farmacológicas, incluindo a capacidade de efetuar o seguinte de forma eficaz:

- Utilizar uma abordagem de cuidados colaborativos através da consulta da equipa interprofissional.
- Avaliar cuidadosamente o estado de conhecimento de uma pessoa sobre as indicações para um tratamento farmacológico e abordar quaisquer questões ou preocupações dentro do seu âmbito de prática. Ter conhecimentos atuais sobre os serviços e apoios de saúde mental existentes, bem como sobre os potenciais benefícios e riscos associados.
- Ajudar a aceder a informações atualizadas de fontes baseadas em evidências sobre a eficácia, a segurança e os riscos de cada tratamento farmacológico.
- Promover um plano de cuidados individualizado por escrito como norma que inclua a discussão de todo o espetro de opções de cuidados.
- Assegurar que todos os membros da equipa interprofissional se mantêm a par do plano de tratamento ao longo do período perinatal.
- Estabelecer e manter o follow-up (seguimento) para avaliar a resposta inicial, os potenciais efeitos secundários e os resultados, em colaboração com a equipa interprofissional.
- Para além das abordagens farmacológicas, promover opções de estilo de vida saudáveis, como a redução do stress, a nutrição, o sono, o exercício e a minimização da exposição ao tabaco e ao álcool (40, 56, 62, 126 - 127). A **Recomendação 2.3** inclui uma discussão mais aprofundada sobre estratégias de autocuidado.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
MacQueen G, Frey B, Ismail Z et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder (clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder): Section 6. Special populations: Youth, women, and the elderly. Can J Psychiatry. 2016;61(9):588-603. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0706743716659276#articleCitationDownloadContainer	■ Os Guias Orientadores canadianas revistos sobre o tratamento do humor e da ansiedade, incluindo a depressão perinatal. ■ As recomendações dos guias para a depressão pré-natal incluem a psicoterapia profissional (ou seja, TCC (ou IPT em formato individual ou de grupo) como tratamento de primeira linha. O tratamento de segunda linha inclui abordagens farmacológicas, exceto em situações de depressão grave, caso em que os tratamentos de segunda linha passam a ser de primeira linha, apesar da falta de investigação para esta população. ■ É indicada uma abordagem semelhante para a depressão pós-parto, com medicamentos adicionais sugeridos como tratamentos de segunda linha. ■ São também incluídas recomendações para o tratamento da depressão durante a lactação.
National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. [local desconhecido]: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 (atualizado em dezembro de 2014). Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192	■ Um Guia Orientador do Reino Unido que aborda considerações clínicas para pessoas que estão a utilizar medicamentos para o tratamento da depressão antes da conceção, durante a gravidez e no pós-parto. ■ Os guias recomendam que se discutam as opções de tratamento, incluindo os benefícios da medicação, as consequências da ausência de tratamento, os danos associados ao tratamento e o que pode acontecer se a medicação for alterada ou interrompida.

RECOMENDAÇÃO 2.9:

Facilitar a tomada de decisões informadas relativamente à utilização de terapias de medicina complementar e alternativa para a depressão perinatal.

Nível de síntese da evidência: Ia

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 1; Baixa = 5

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

O painel de peritos apoia a recomendação de que os enfermeiros e a equipa interprofissional - incluindo, mas não se limitando a, médicos, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermeiros, massagistas, quiropráticos e fisioterapeutas - forneçam orientações relativamente à utilização de terapias de medicina complementar e alternativa (CAM) a pessoas em risco ou com sintomas de depressão perinatal. Em reconhecimento deste interesse, é indicada a educação sobre o conjunto de evidências das terapias CAM para a depressão perinatal. Para apoiar uma tomada de decisão informada, as pessoas devem ser informadas sobre as evidências limitadas que são, na sua maioria, de baixa qualidade e com resultados inconclusivos (79, 88, 94, 96, 101). São necessários mais estudos para determinar a eficácia, os riscos e os benefícios das terapias CAM para a depressão perinatal.

Massagem terapêutica

Existem resultados inconsistentes sobre a massagem como terapia CAM para a depressão perinatal (79, 88, 101). Foi encontrada uma diminuição significativa dos sintomas de depressão num ensaio clínico randomizado quando a massagem foi feita pelo parceiro da pessoa (88). Outro estudo concluiu que as grávidas que receberam massagem terapêutica duas vezes por semana tiveram uma redução significativa das pontuações médias de depressão quando comparadas com os controlos que receberam cuidados pré-natais normais (101). Da mesma forma, uma revisão encontrou uma diminuição significativa nos sintomas de depressão entre pais adolescentes que receberam massagens quinzenais (79). No entanto, outros estudos não encontraram diferenças significativas nos sintomas de depressão, incluindo quando a massagem terapêutica foi comparada com a acupunctura (88).

Terapia de luz brilhante

Na população adulta em geral, a terapia com luz brilhante tem sido considerada globalmente eficaz no tratamento da depressão, particularmente para uma perturbação afetiva sazonal (96). O mecanismo exato de ação não foi determinado; sugere-se que a terapia com luz brilhante apoia a correção dos ritmos circadianos ou a regulação da melatonina (96). Para as grávidas e as puérperas, pensa-se que a terapia da luz brilhante ajuda a compensar a quantidade limitada de luz que as pessoas podem experimentar devido a padrões de sono desordenados e sestas diurnas, comorbilidades e desequilíbrios hormonais (96). No entanto, os resultados dos estudos são inconclusivos no que respeita à eficácia da terapia com luz brilhante para a depressão perinatal (88, 122). Uma revisão sistemática encontrou um dos três estudos sobre a terapia com luz brilhante que demonstrou uma diferença significativa após o tratamento, bem como a remissão após cinco semanas de tratamento (122). Os outros dois estudos, no entanto, não demonstraram diferenças entre os grupos de tratamento e de controlo.

Os enfermeiros e a equipa interprofissional têm de informar as grávidas e as puérperas sobre os potenciais benefícios, os desafios logísticos e os efeitos adversos associados à terapia da luz brilhante como terapia CAM para a depressão perinatal. Isto ajudará as pessoas a determinar se esta abordagem é adequada para elas.

Acupuncture

Como tratamento, acredita-se que a acupunctura tradicional chinesa apoia a correção do fluxo desequilibrado de energia no corpo causado por doenças e traumas (93). Como existem poucos estudos sobre acupunctura e depressão perinatal publicados em línguas não asiáticas, os resultados são limitados e inconsistentes (88, 94, 122). Não se verificou que a acupunctura reduzisse significativamente os sintomas de depressão quando comparada com a massagem terapêutica ou a acupunctura simulada (88, 94, 122). São necessários mais estudos nesta área que demonstrem eficácia para apoiar a acupunctura como uma terapia CAM eficaz para a depressão perinatal.

Benefícios e danos

As vantagens da terapia com luz intensa, enquanto tratamento não farmacológico, incluem a acessibilidade, a relação custo-eficácia e a privacidade, bem como a possibilidade de adquirir o equipamento necessário sem receita médica (88, 96). Apesar destes benefícios, pode haver desafios logísticos com a terapia de luz brilhante, uma vez que normalmente requer 30 a 60 minutos de tempo de exposição diário durante um máximo de seis semanas (96). Este compromisso de tempo pode colocar dificuldades a alguns pais recentes que já estão ocupados a cuidar de um recém-nascido ou de um bebé. Também podem ocorrer efeitos adversos - incluindo dores de cabeça, cansaço visual, náuseas, ansiedade, fadiga, perturbações do sono e agitação - que podem afetar a conformidade com o tratamento, a experiência global e a eficácia (88, 96).

A acupunctura é geralmente abordada com precaução em pessoas grávidas devido ao potencial de estimulação de pontos de acupunctura que podem causar contrações uterinas (94).

Valores e preferências

Como abordagem de tratamento adjuvante, as terapias CAM, incluindo a massagem, a terapia da luz brilhante e a acupunctura, podem ser interessantes para as pessoas com sintomas de depressão perinatal, uma vez que são consideradas "naturais" e seguras (88).

Os enfermeiros e a equipa interprofissional têm de reconhecer esta preferência e apoiar e facilitar a tomada de decisões informadas por evidências relativamente à utilização de terapias CAM.

Notas práticas

Os dados de um inquérito nacional realizado nos Estados Unidos sobre a utilização de terapias CAM durante a gravidez e o pós-parto indicam o seguinte:

- Em comparação com as pessoas não grávidas, a utilização de terapias CAM foi idêntica no período pré-natal, mas menor no período pós-parto. A utilização de CAM durante a gravidez foi considerada vantajosa em comparação com as abordagens farmacológicas.
- A utilização de terapias CAM foi mais elevada entre as pessoas de raça branca, com rendimentos e educação mais elevados e com sintomas autorrelatados de depressão, ansiedade ou problemas de sono.
- As práticas mente-corpo (por exemplo, meditação, ioga, grupos de apoio) foram as terapias CAM mais frequentemente referidas durante a gravidez e o pós-parto, em comparação com a manipulação (quiroprática ou cuidados osteopáticos, massagem) e práticas baseadas no corpo e terapias de base biológica (por exemplo, suplementos dietéticos) (128).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):85-95. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992885/	■ Um artigo de revisão que examina as evidências sobre as terapias CAM para a depressão perinatal. ■ Os benefícios e riscos das terapias CAM devem ser discutidos para além de outros tratamentos não CAM. ■ A resposta às terapias CAM deve ser monitorizada regularmente através de instrumentos validados, de forma que, se se determinar que uma terapia não é eficaz, sejam consideradas outras terapias CAM ou outras convencionais.
Nguyen J. A literature review of alternative therapies for postpartum depression. Nurs Womens Health. 2017;21(5):348-359. Disponível em: https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(17)30217-9/fulltext	■ Uma revisão da literatura sobre a utilização de terapias CAM para a depressão pós-parto. ■ São analisadas várias intervenções relacionadas com as CAM, incluindo ioga, escrita expressiva, spray nasal de oxitocina, terapia de luz brilhante e chá de alfazema. ■ Sete RCTs sobre terapias CAM demonstraram resultados inconclusivos. No entanto, os estudos tinham muitas limitações, incluindo um pequeno tamanho da amostra e critérios de inclusão variáveis (instrumentos de medição da depressão e pontuações de corte, populações de estudo e gravidade dos sintomas).

RECOMENDAÇÃO 2.10:

Avaliar e rever um plano de cuidados para a depressão perinatal, em colaboração com a pessoa, até que os objetivos sejam atingidos. Incluir o parceiro, a família e a rede de apoio da pessoa, quando aplicável.

Nível de Evidência do Resumo: V

Quality of Evidence for Summary: Expert panel with Guidelines: High = 1; Moderate = 1

Discussão e resumo do painel de peritos e guias orientadores de apoio

O painel de peritos da RNAO e os guias clínicos sobre a depressão perinatal recomendam a avaliação do plano de cuidados, dos objetivos e da resposta de uma pessoa aos serviços, apoios de saúde mental e às medidas de autocuidado (56, 127). A avaliação pode ser utilizada para informar os seguintes passos e facilitar a continuidade dos cuidados e a colaboração dos enfermeiros e da equipa interdisciplinar (56, 127). Quando identificado pela pessoa, seu parceiro, outros membros da família ou rede social também podem ser incluídos durante todo o processo (56, 127).

Benefícios e danos

São necessárias visitas regulares de follow-up (seguimento) para avaliar até que ponto a pessoa é capaz de seguir as recomendações do tratamento e avaliar os resultados (ou seja, melhoria ou agravamento dos sintomas) (127).

Valores e preferências

Para ser eficaz e apoiar uma abordagem centrada na pessoa, a avaliação dos cuidados e quaisquer revisões de um plano de cuidados devem ser feitas em colaboração com a pessoa, com o contributo dos enfermeiros e da equipa interprofissional (56, 127).

Notas práticas

A avaliação promove uma apreciação abrangente - conforme determinado e indicado pelas necessidades e objetivos atuais da pessoa - para determinar a(s) resposta(s), o progresso e o follow-up (seguimento) necessário. Através da avaliação, os seguintes componentes dos cuidados, quando aplicáveis, podem ser revistos e apreciados:

- A experiência da pessoa com os serviços e apoios para a depressão perinatal e quaisquer preocupações ou perguntas.
- O nível de concordância e adequação de todos os tratamentos, serviços e apoios, bem como a indicação de outros recursos.
- A resposta da pessoa ao(s) tratamento(s), serviços e apoios e se os seus sintomas de depressão estão a melhorar ou a piorar (conforme determinado pela autoavaliação e/ou por um follow-up (seguimento), ou avaliação, como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).
- Os contactos com os enfermeiros e os membros da equipa interdisciplinar (ou seja, a frequência das visitas) e se é ou não suficiente.
- A presença de indicações de que outros serviços ou apoios de saúde mental devem ser iniciados ou interrompidos.
- Qualquer preocupação sobre o risco de automutilação, suicídio ou danos ao bebé ou às crianças.
- A necessidade de apoio e avaliação contínuos até que os objetivos da pessoa sejam alcançados (56, 127).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. Trajectories of depression symptoms throughout the peri- and postpartum period: Results from the First Baby Study. (Results from the First Baby Study). J Womens Health. 2016;25(11):1112-1121. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116682/	■ Um estudo de coorte de mais de 3000 grávidas que foram seguidas para identificar sintomas de depressão no período pré-natal e até 12 meses após o parto, utilizando a EPDS. ■ Os fatores associados às maiores probabilidades de uma depressão pós-parto continua aos 12 meses incluíam uma história de depressão ou ansiedade, apoio social inadequado e estado civil sem ligação. ■ Os sintomas de depressão da maioria das participantes no estudo estabilizaram ao longo do tempo ou diminuíram um ano após o parto. ■ Um pequeno número de participantes desenvolveu sintomas de depressão pós-parto aos seis meses e teve um agravamento dos sintomas um ano após o parto. ■ Os investigadores concluíram que está indicado o rastreio e a avaliação contínuos dos sintomas de depressão em vários momentos do primeiro ano pós-parto.
Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depression symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(7):815-828. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28451700	■ Um estudo de coorte de grávidas australianas na sua primeira gravidez que foram repetidamente rastreadas para sintomas de depressão desde a gravidez até quatro anos após o parto. ■ Verificou-se que os fatores físicos, sexuais, emocionais e sociais estavam associados às trajetórias dos sintomas de depressão. ■ Os investigadores concluíram que os prestadores de cuidados de saúde devem incluir uma avaliação da saúde física, social e sexual na gravidez e no pós-parto, uma vez que estes fatores contribuem para as trajetórias da depressão pós-parto.

Recomendações para a educação

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO Nº 3:

Que educação e formação em depressão perinatal são necessárias para garantir a realização de avaliações e intervenções eficazes entre os enfermeiros e a equipa interprofissional?

RECOMENDAÇÃO 3.1:

Desenvolver programas educativos sobre cuidados de depressão perinatal, incorporando tanto a teoria como a prática clínica nos currículos de licenciatura em enfermagem e de outros profissionais de saúde associados.

Nível de Evidência para o Resumo: IV

Qualidade da evidência para o resumo: Moderada = 2

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

A evidência apoia a integração de oportunidades de teoria e prática clínica para o tratamento da depressão perinatal nos currículos de licenciatura em enfermagem e noutros programas profissionais de saúde (129 - 130). No final da licenciatura, os estudantes de enfermagem desenvolvem, a um nível inicial, conhecimentos especializados e a capacidade de aplicar esses conhecimentos em áreas como a psicopatologia, que pode incluir a depressão perinatal (131). Para tal, é necessário incluir uma revisão dos conceitos teóricos e das oportunidades de prática clínica nos currículos que integram o papel dos enfermeiros e da equipa interprofissional (130). Isto assegurará que os enfermeiros e outros profissionais de saúde tenham, pelo menos, um nível principiante de compreensão das complexidades da depressão perinatal enquanto doença mental.

Benefícios e danos

A avaliação das intervenções educativas limitou-se às perspetivas dos estudantes. Nenhum estudo examinou os efeitos da educação nos destinatários dos cuidados. Por conseguinte, são necessários mais estudos para determinar os benefícios ou os prejuízos neste domínio.

Valores e preferências

Os dados da avaliação de uma intervenção educativa concebida para melhorar o conhecimento dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (midwife) e dos estudantes de enfermagem da área de saúde materna e obstétrica (midwifery) sobre a depressão perinatal, indicaram que a maioria dos participantes recomendou a intervenção como forma de melhorar os seus conhecimentos sobre a depressão perinatal e os cuidados emocionais das grávidas e puérperas (129).

Notas práticas

Para se conseguir uma compreensão inicial da depressão perinatal, deve ser incluída nos currículos dos cursos de licenciatura em enfermagem e de outros profissionais de saúde uma panorâmica dos seguintes tópicos:

- O contínuo da depressão perinatal como doença mental (132).
- Atitudes sociais e culturais face à depressão perinatal (133).
- Reconhecimento das potenciais complicações da depressão perinatal durante a gravidez e o pós-parto (130).
- Instrumentos válidos de rastreio e avaliação (53, 132).

- Abordagens de prevenção (129).
- Serviços de saúde mental e opções de apoio, incluindo estratégias de autocuidado, apoio psicológico e psicossocial (132).
- Conhecimento de recursos reconhecidos baseados na evidencia científica que investiguem a segurança, os benefícios e os riscos da farmacologia relacionados com a exposição a medicamentos durante a gravidez e/ou a amamentação (129).
- Suicídio relacionado com a depressão perinatal (133).
- Atribuição de funções e responsabilidades da equipa interprofissional no planeamento dos cuidados de saúde (por exemplo, encaminhamento para um especialista em saúde mental ou serviço de saúde mental) (129 - 130).
- O desenvolvimento e a utilização de vias de encaminhamento na gestão dos cuidados, quando disponíveis (129, 133).
- Conhecimento dos recursos locais para a depressão perinatal (129).
- Bem-estar psicológico do profissional de saúde (133).

Para apoiar o reconhecimento de planos de cuidados personalizados e individualizados para a depressão perinatal, os currículos devem também integrar:

- Compreensão do modo como o contexto de uma pessoa (por exemplo, crenças culturais, estatuto de imigrante ou refugiado, estatuto socioeconómico e domínios sociais/espirituais) influencia a perceção, a experiência e as realidades dos sintomas e da doença, bem como as preferências por serviços e apoios de saúde mental (129 - 130).
- A inclusão de casos ou testemunhos autênticos que reflitam experiências vividas de depressão perinatal (129 - 130).

As estratégias de ensino devem apoiar as **competências**[G] de nível básico nos cuidados de depressão perinatal, incluindo competências de comunicação, rastreio, avaliação, prevenção, intervenções e avaliação. Para o efeito, as modalidades de ensino podem incluir o role play (dramatização), demonstrações, simulações, autorreflexão e vinhetas através de atividades e debate orientados pelo formador/professor. Sempre que possível, a apresentação da evidencia científica sobre a depressão perinatal também pode ser incorporada como método de ensino (129 - 130, 132). As oportunidades de ensino clínico supervisionado também apoiam o desenvolvimento de conhecimentos e competências. Para mais informações sobre a educação prática em enfermagem, consultar o BPG de 2016 da RNAO sobre a educação prática em enfermagem, disponível em http://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing

Devem ser utilizados diversos métodos educativos para apoiar a compreensão da depressão perinatal, tais como componentes multifacetados, combinados ou interativos (por exemplo, aprendizagem presencial, e-learning ou cursos baseados na Internet, ou webinars) (129 - 130, 132). As componentes dos cuidados com a depressão perinatal, também podem ser integradas noutros cursos de ciências da saúde centrados na saúde mental, no desenvolvimento do recém-nascido e da criança, nas interações do recém-nascido e da criança, na gestão de riscos, ou nos processos de doença (por exemplo, fisiopatologia) (129 - 130, 132).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Anónimo. Community home visit with postpartum patient for nursing students. Adaptation of California Simulation Alliance. Simulation Scenario Template [Internet]. [place unknown]: [publisher unknown]; 2014.	■ A teaching guide for educators of nursing students who are preparing to conduct postpartum community home visits. ■ The resource is meant to be used in a simulation setting and includes a scenario overview, curriculum integration, script scenario, and appendices.
National League for Nursing. Jenny Brown simulation #3 [Internet]. Washington (DC): National League for Nursing; c2018. Disponível em: http://www.nln.org/professional-development-programs/teaching-resources/veterans-ace-v/unfolding-cases/jenny-brown	■ A teaching resource using a simulation of an early postpartum patient with a prenatal history of depression and anxiety that has a newborn with a congenital anomaly. ■ The simulation includes screening for risk of postpartum depression.
Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey). J Midwifery Womens Health. 2011; 56(4):353-61. Disponível em: http://www.academia.edu/23395130/Australian_Midwives_Knowledge_of_Antenatal_and_Postpartum_Depression_A_National_Survey	■ Um estudo para determinar o nível atual de conhecimentos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (midwives) australianas (incluindo estudantes de midwifery) sobre a depressão perinatal, com base no guia nacional australiano sobre depressão pós-parto "Beyond Blue". ■ O estudo inclui 20 perguntas de escolha múltipla e respostas sobre a depressão perinatal que foram utilizadas para avaliar os conhecimentos.

RECOMENDAÇÃO 3.2:

Participar no desenvolvimento profissional contínuo para melhorar os conhecimentos e as competências em matéria de serviços de saúde mental e de apoio à depressão perinatal.

Nível de Evidência para o Resumo: Ia, IIb, IV

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 1; Moderada = 3; Baixa = 2

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

Os enfermeiros e a equipa interprofissional necessitam de educação e formação contínuas para apoiar o rastreio, a avaliação, a prevenção, as intervenções e a avaliação eficazes da depressão perinatal (134). A formação dos enfermeiros e das equipas interprofissionais aumenta as suas competências no tratamento da depressão perinatal e contribui para melhorar a eficácia clínica, através do desenvolvimento de conhecimentos e competências especializados em depressão perinatal (134 - 135).

Após uma intervenção educativa, os enfermeiros e a equipa interprofissional demonstraram competências clínicas nos cuidados à depressão perinatal, incluindo as seguintes:

- Melhoria da compreensão da depressão perinatal e maior confiança no rastreio, avaliação e intervenções (130).
- Melhoria das capacidades de comunicação, escuta ativa e conhecimentos baseados na evidencia científica (130).
- Taxas mais elevada de rastreio, rastreios positivos e encaminhamentos após a intervenção educativa (135).
- Um aumento da confiança na discussão da depressão pós-parto e das estratégias de autocuidado (135).
- Melhoria das capacidades de comunicação e do conhecimento dos sinais e sintomas (135 - 136).
- Maior frequência, utilização e documentação de intervenções na evidencia científica (como o apoio emocional e o aconselhamento) (135).
- Maior frequência na inquirição sobre temas sensíveis relacionados com a saúde mental, realização de mais avaliações de saúde mental e deteção mais rápida de sintomas de depressão, bem como uma maior capacidade de oferecer uma vasta gama de tratamentos (135).
- Melhoria da prestação de serviços de cuidados coordenados e adesão a percursos de cuidados definidos, quando disponíveis (135).
- Redução dos sintomas de depressão medidos pela EPDS aos seis e doze meses após o parto. Num ensaio aleatório, os técnicos de saúde britânicos receberam formação em competências de avaliação, identificação de sintomas de depressão e aplicação de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ou de uma abordagem centrada na pessoa. Ambas as abordagens demonstraram benefícios para os participantes no estudo (137).

Componentes de um programa educativo eficaz para a depressão perinatal

Quem

Os enfermeiros e equipas profissionais que trabalhem em conjunto numa variedade de contextos de cuidados de saúde em que as grávidas, as pessoas no período intraparto ou pós-parto, procurem cuidados de maternidade ou de saúde mental, devem receber formação de profissionais ou especialistas reconhecidos em saúde perinatal (135). Isto reduzirá a aprendizagem por módulos e melhorará a colaboração em matéria de depressão perinatal (135).

O quê

Os programas educativos devem incluir formação sobre as melhores práticas, conforme refletido nos guias clínicos, revisões sistemáticas e outros produtos de conhecimento na evidencia científica. Os tópicos podem incluir sintomas de depressão perinatal, opções de tratamento, situações de crise e o impacto da depressão perinatal na pessoa e no seu bebé (135).

Quando

A formação do pessoal deve ser efetuada no âmbito do guia orientador. Deve ter lugar pelo menos uma vez por ano para fornecer atualizações clínicas e apoiar os conhecimentos atuais (138).

Como/Modalidades de ensino

Os programas devem incluir a utilização de técnicas de aprendizagem combinada que incluam opções presenciais (por exemplo, programas educativos, conferências ou seminários) e aprendizagem *on-line* (por exemplo, e-Learns, cursos baseados na Internet e webinars) que sejam interativas e não didáticas (135).

Benefícios e danos

Um estudo que examinou os conhecimentos dos prestadores de cuidados de saúde primários na área da saúde materna e obstétrica sobre a depressão perinatal concluiu que a maioria dos inquiridos subestimava 1) a percentagem de pessoas com depressão pré-natal que subsequentemente tentaram o suicídio e 2) desconhecia os fatores de risco ou os tratamentos disponíveis (129). A falta de conhecimentos sobre o risco de suicídio associado aos sintomas de depressão pode aumentar a probabilidade de não se efetuar ou de se atrasar o tratamento e pode contribuir negativamente para os resultados de saúde a longo prazo da pessoa e da sua família.

Valores e preferências

Uma auditoria para determinar as necessidades de formação dos enfermeiros na prestação de serviços e apoios de saúde mental, incluindo para a depressão e ansiedade, indicou uma preferência pela formação presencial num ambiente de sala de aula para poder receber feedback como parte do processo de aprendizagem (132). Os resultados do inquérito indicaram que os programas de e-learning também eram aceitáveis como parte do processo de aprendizagem.

Notas práticas

Exemplos de currículos de desenvolvimento profissional para a depressão perinatal destinados a enfermeiros e à equipa interprofissional são os seguintes

- Papéis dos profissionais, recolha do historial, opções de tratamento, alterações físicas/emocionais, automutilação/suicídio, políticas legais e profissionais e relações terapêuticas (139).
- Identificação dos sintomas de depressão através de instrumentos válidos de rastreio e avaliação (137).
- Intervenções eficazes, incluindo a escuta ativa, o reforço do coping, a TCC e os componentes da IPT (130).
- Estudos de caso que descrevem o impacto da depressão na pessoa, no seu parceiro e na sua família (135).
- Avaliação dos conhecimentos sobre a depressão perinatal utilizando modalidades como as perguntas de escolha múltipla (129).
- Sensibilização e conhecimento de questões psicossociais mais vastas, incluindo os determinantes sociais da saúde (como a pobreza, o trabalho ou a habitação precária) e o seu impacto no risco e nos resultados da depressão perinatal (136). Devem ser ensinadas competências em matéria de defesa das pessoas com depressão perinatal que sofrem de desigualdades sociais (20).
- Sensibilização para a depressão pré-natal para apoiar a necessidade de prevenção, deteção precoce e intervenção (129).
- Atualizações sobre as modalidades de intervenção, incluindo a farmacologia e as suas implicações durante a gravidez e o pós-parto (incluindo a lactação), bem como abordagens não farmacológicas (129 - 130).
- Fundamentos das competências de aconselhamento (130).

Recursos de apoio

FORMAÇÃO EM DEPRESSÃO PERINATAL PARA PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE	
Postpartum Support International [Internet]. Portland (OR): Postpartum Support International; [data desconhecida]. Disponível em: http://www.postpartum.net/professionals/certification/	■ Um site Web com apresentações de webinars e formação de certificação, incluindo em saúde mental perinatal.
The Marcé Society for Perinatal Mental Health [Internet]. Brentwood (TN): The Marcé Society for Perinatal Mental Health; c2018. Disponível em: https://marcesociety.com/	■ Um site Web com recursos, incluindo apresentações educativas e ligações de investigação sobre saúde mental perinatal.
Faculty of Medicine UBC CPD eLearning. Not just the blues: perinatal depression and anxiety [Internet]. Vancouver (BC): University of British Columbia; sem data. Disponível em: https://elearning.ubccpd.ca/enrol/index.php?id=101	■ Um curso de educação médica contínua em linha, disponível gratuitamente, que fornece uma visão geral da depressão perinatal. ■ Os tópicos analisados incluem fatores de risco comuns, rastreio, abordagens de tratamento e planeamento do tratamento.
Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada. Second edition [Internet]. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses; 2009. Disponível em: http://www.capwhn.ca/uploads/documents/Perinatal_Standards_Canada.pdf	■ Normas de prática ótimas para enfermeiros perinatais, baseadas na investigação e na prática clínica atual. ■ Os melhores interesses do indivíduo são considerados fundamentais para a prática.

FORMAÇÃO EM DEPRESSÃO PERINATAL PARA PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE	
Centre of Perinatal Excellence. Basic skills in perinatal mental health [Internet]. Flemington (AU): Centre of Perinatal Excellence; data desconhecida. Disponível em: http://training.cope.org.au/p/cope-basic-skills-in-perinatal-mental-health	■ Um curso online gratuito de três módulos da Austrália para profissionais de saúde que inclui uma revisão dos seguintes tópicos: □ Uma visão geral das perturbações de saúde mental. □ Avaliação e rastreio psicossocial. □ Encaminhamento e tratamento.
e-Learning for Healthcare. Perinatal mental health [Internet]. Londres (Reino Unido): NHS Health Education England; 2018. Disponível em: https://www.e-lfh.org.uk/programmes/perinatal-mental-health/	■ Uma série de módulos de quatro partes do NHS para visitantes de saúde (um tipo de enfermeiro especialista em saúde pública comunitária) sobre depressão perinatal como uma perturbação de saúde mental, indicações para reconhecer a depressão perinatal e intervenções. ■ As sessões de saúde mental perinatal de acesso livre também estão disponíveis nesta página Web.

RECOMENDAÇÃO 3.3:

Fazer uma autorreflexão regular sobre as atitudes e crenças em relação à depressão perinatal.

Nível de Evidência do Resumo: Ia, IV

Qualidade da evidência para o resumo: Moderada = 2; Baixa =1; Diretrizes: Alta = 1

Discussão das evidências:

Resumo das evidências

É importante que os enfermeiros e a equipa interprofissional reflitam sobre as suas atitudes e crenças pessoais em relação à depressão perinatal, uma vez que as perceções aprendidas ao longo do tempo podem afetar a forma como as pessoas com sintomas de depressão perinatal são vistas, respondidas ou recebem cuidados; isto, por sua vez, pode influenciar a qualidade dos resultados dos cuidados (130, 140). Através da **prática reflexiva**[G], os enfermeiros podem prestar cuidados de maior qualidade às diversas populações que servem (141). A reflexão e o reconhecimento de atitudes de julgamento relativas a pessoas que possam estar a sofrer de depressão perinatal podem ajudar os enfermeiros e a equipa interprofissional a garantir a prestação de cuidados holísticos, culturalmente sensíveis e centrados na pessoa (47, 130).

Culturalmente, pode haver uma expetativa dominante e uma crença intrínseca de que ser pai ou mãe é gratificante e alegre, fazendo com que a depressão perinatal pareça uma contradição a esta perceção. Consequentemente, as pessoas que sofrem de depressão perinatal podem questionar o seu valor como pessoa e como mãe. A auto-percepção negativa pode fazer com que as pessoas grávidas ou pós-parto hesitem em procurar serviços e apoios para os seus sintomas de depressão perinatal (140). Uma crença e uma atitude semelhantes podem ser partilhadas pelos enfermeiros e pela equipa interprofissional, o que pode contribuir negativamente para a prestação de cuidados e para a obtenção de piores resultados (130, 140). Os estudos demonstram que os enfermeiros - em especial os que trabalham nas especialidades de saúde materna e obstétrica e de saúde mental - e outros membros da equipa interprofissional, como médicos de clínica geral, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwives*), assistentes sociais e trabalhadores multiculturais, podem ter sentimentos fortes em relação a pessoas com depressão perinatal (130, 140). Essas atitudes ou julgamentos podem ser expressos em uma variedade de pontos de vista:

- As afirmações de que os cuidados com a depressão perinatal estão para além do âmbito da prática daqueles que não são especialistas em saúde mental (130, 140).
- A falta de reconhecimento da forma como a desigualdade de género e os determinantes sociais da saúde podem contribuir significativamente para a depressão perinatal (40).
- A falta de consideração ou integração das crenças sociais, espirituais ou culturais de uma pessoa - ou do seu contexto de vida - no planeamento dos cuidados (40, 56).
- Relutância em recorrer a um especialista em saúde mental por receio de que a pessoa seja estigmatizada ou julgada devido a um diagnóstico potencial ou atual de doença mental (130).
- Medo de revelar um infanticídio ou um suicídio possível ou realizado (140).
- O receio de potenciais implicações legais ou éticas para os enfermeiros que comunicam sintomas de depressão perinatal aos serviços de proteção à criança (140).
- A preocupação de que a comunicação da depressão perinatal tenha um impacto negativo na relação terapêutica com a pessoa (140).

Existe um vasto leque de atitudes que os enfermeiros e os membros da equipa interprofissional podem ter quando prestam cuidados a pessoas com depressão perinatal (130, 140). A educação e a formação podem ajudar a estimular e a abordar estes pontos de vista negativos e a promover a compreensão e a autorreflexão (130, 135, 140).

Benefícios e danos

Os resultados dos grupos de discussão indicam que, quando os enfermeiros têm atitudes negativas em relação às doenças mentais, incluindo a depressão perinatal, o momento e as referências aos serviços e apoios de saúde mental podem ser atrasados, com consequências potencialmente adversas para a pessoa e a sua família (140).

Valores e preferências

Os enfermeiros de saúde mental indicaram num grupo de discussão uma preferência por trabalhar em contextos com equipas multidisciplinares no local onde prestam cuidados a pessoas com depressão perinatal (140). Os participantes referiram que este facto era benéfico tanto para as pessoas como para o profissional, uma vez que as referenciações para especialistas em saúde mental tinham elevada prioridade, o que resultava em tempos de espera mais curtos. O estigma em relação às doenças mentais e ao acesso aos serviços e apoios de saúde mental foi reduzido.

Notas práticas

A prática reflexiva pode ser uma estratégia eficaz para abordar as atitudes em relação à prestação de cuidados a pessoas com depressão perinatal. A prática reflexiva é um processo iterativo que integra conceitos teóricos com a prática clínica para melhorar o pensamento crítico (142). Está a emergir como uma modalidade de ensino e aprendizagem promissora para os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde mental. Os instrumentos de apoio à prática reflexiva incluem a escrita de diários, círculos de aprendizagem, partilha entre pares e simulação com doentes padronizados.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Registered Nurses' Association of Ontario . RNAO nurse educator mental health and addiction resource [Internet]. Toronto (ON): Registers Nurses' Association of Ontario; 2017. Disponível em: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nurse_Educator_MHA_Resource.pdf	■ Um recurso para apoiar os docentes na integração efetiva de conhecimentos e competências em matéria de saúde mental e de dependência no currículo dos cursos de licenciatura em enfermagem. ■ O recurso baseia-se na Canadian Association of Schools of Nursing (CASN) (Associação Canadiana de Escolas de Enfermagem) e na (Canadian Federation of Mental Health Nurses (CFMHN) (Federação Canadiana de Enfermeiros de Saúde Mental) e Addiction Competencies for Undergraduate Nursing Education in Canada (2015) (Competências em matéria de toxicodependência para o ensino pré-graduado de enfermagem no Canadá (2015) e investigação de apoio. ■ Inclui atividades de autorreflexão em áreas como a depressão.
Ontario Human Rights Commission. Policy on preventing discrimination based on mental health disabilities and addictions [Internet]. [local desconhecido]: Ontario Human Rights Commission; 2014. Disponível em: http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/Policy%20on%20Preventing%20discrimination%20based%20on%20mental%20health%20disabilities%20and%20addictions_ENGLISH_accessible.pdf	■ O Código dos Direitos Humanos do Ontário (o Código) protege as pessoas com deficiências mentais e dependências contra a discriminação e o assédio com base na deficiência. ■ O Código estabelece como política pública no Ontário o reconhecimento da dignidade e do valor inerentes a cada pessoa e proporcionar a igualdade de direitos e oportunidades sem discriminação. ■ O recurso reconhece que as pessoas podem ter medo de revelar uma doença mental devido ao receio de serem rotuladas, de sofrerem atitudes negativas por parte dos outros, de perderem o emprego ou a habitação, ou de serem tratadas de forma desigual nos serviços.

Recomendações para a organização e política do sistema

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO N.º 4

Como é que as organizações de cuidados de saúde e o sistema de cuidados de saúde em geral garantem uma prevenção, avaliação e intervenções ótimas para a depressão perinatal?

RECOMENDAÇÃO 4.1:

Implementar serviços e apoios de saúde mental abrangentes e coordenados para a depressão perinatal em todas as comunidades, a fim de apoiar as estratégias de cuidados prestados por enfermeiros e pela equipa interprofissional.

Nível de Evidência para o Resumo: Ib, IV

Qualidade da evidência para o resumo: Alta = 2; Moderada = 4; Directrizes: Alta = 1; Moderada = 1

Discussão da evidencia científica:

Resumo da evidência

O painel de peritos afirma veementemente que os serviços e apoios de saúde mental abrangentes e coordenados para a depressão perinatal, que englobam o rastreio, a avaliação, a prevenção, a intervenção e a análise, são fundamentais para maximizar o acesso, o *follow-up* (seguimento) atempado e as vias de encaminhamento, e evitar abordagens de cuidados esporádicas ou inconsistentes. Os contextos clínicos para grávidas e puérperas devem comprometer-se a afetar os recursos necessários e as infraestruturas de apoio para conseguir implementar as melhores práticas em matéria de serviços de saúde mental e de apoio à depressão perinatal (143). O planeamento e a definição de prioridades são necessários para garantir que os recursos humanos, materiais e fiscais necessários sejam afetados anualmente à depressão perinatal nos serviços e apoios de saúde mental. Em todos os contextos de saúde, os cuidados com a depressão perinatal, a começar pelo rastreio de rotina, devem ser uma componente normal dos cuidados prestados às grávidas e às puérperas, e não devem depender dos prestadores de cuidados (144 - 145). Como tal, os enfermeiros de cuidados de saúde primários, os assistentes sociais, os psicólogos, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, os psiquiatras e os administradores devem trabalhar em colaboração para reconhecer precocemente a depressão perinatal e as intervenções para a mesma, sempre que indicado (145 - 146).

As evidências apoiam modelos de cuidados como os cuidados integrados e/ou os cuidados colaborativos para otimizar a depressão perinatal e os serviços e apoios de saúde mental, utilizando uma abordagem holística (8, 143 - 145, 147). Para facilitar o início e a utilização do tratamento, bem como a acessibilidade, os serviços e apoios de saúde mental para a depressão perinatal devem ser integrados noutros serviços de cuidados de saúde perinatais, sempre que possível (145). Os benefícios dos serviços integrados de saúde mental e apoios para a depressão perinatal incluem uma probabilidade quase quatro vezes maior de as pessoas fazerem o *follow-up* (seguimento) para tratamento, uma vez que os serviços de saúde mental comunitários integrados foram considerados acessíveis, convenientes e os menos desarticulados dos cuidados primários (145). Os serviços integrados de saúde mental reduzem barreiras como a falta de confiança nos prestadores de cuidados de saúde que não fazem parte da equipa de cuidados de saúde primários da pessoa, o estigma e a acessibilidade (145). Nos casos em que os cuidados integrados não estão disponíveis, os prestadores de cuidados de saúde, os serviços sociais e os serviços e apoios de saúde mental devem trabalhar em parceria com os organismos de financiamento para apoiar o desenvolvimento de uma infraestrutura de serviços de saúde mental reativa (146).

Para apoiar a **prática baseada na evidência**[G] na depressão perinatal, os dados empíricos da última década apoiam o modelo de cuidados colaborativos (CCM), um tipo de cuidados integrados (143). Os componentes do CCM incluem um modelo de cuidados centrado na pessoa, no qual é desenvolvido um plano de cuidados, são prestados apoio e tratamento, são realizadas visitas de *follow-up* (seguimento) para avaliar a resposta e são efetuadas revisões ao plano de cuidados, conforme necessário (143). No tratamento da depressão perinatal, verificou-se que a MTC (CCM??) é eficaz em contextos de cuidados primários quando prestada por assistentes sociais, médicos e enfermeiros com conhecimentos especializados no tratamento da depressão (143). Um estudo que comparou os resultados da depressão perinatal num CCM com os dos cuidados primários de rotina revelou uma melhoria continua na qualidade dos cuidados de saúde e uma maior adesão aos indicadores de qualidade, incluindo um *follow-up* (seguimento) mais precoce, três ou mais contactos de *follow-up* (seguimento) no prazo de três meses após um diagnóstico de depressão pós-parto e um rastreio regular durante o primeiro ano pós-parto para monitorizar eventuais alterações do humor (147). A CCM envolveu uma abordagem de equipa de cuidados coordenados por prestadores de cuidados primários, especialistas em saúde mental para consulta e gestores de cuidados, incluindo enfermeiros. O local implementou o rastreio, o *follow-up* (seguimento) e a monitorização de rotina, a implementação de guias orientadores baseados em evidência, a integração de gestores de cuidados para psicoeducação e coordenação de cuidados e o acesso a um psiquiatra, quando indicado. Apesar destas constatações, existem poucos estudos de elevada qualidade sobre a eficácia da MIC para a depressão perinatal e muitos dos estudos examinam programas americanos, pelo que as constatações podem ou não ser aplicáveis a outros sistemas de cuidados de saúde (143, 145 - 147).

Elementos de um programa de depressão perinatal abrangente e coordenado

A implementação de serviços e apoios de saúde mental abrangentes e coordenados para a depressão perinatal exige uma abordagem multifacetada que inclua a integração de i) cuidados interprofissionais e ii) vias de referenciação na comunidade.

Cuidados interprofissionais

Em geral, o atendimento interprofissional requer coordenação e colaboração para oferecer atendimento de qualidade dentro e entre ambientes e setores para apoiar estratégias de atendimento (145 - 147). No contexto da depressão perinatal, a integração da atenção interprofissional demonstrou as seguintes vantagens:

- Acesso mais rápido aos serviços de saúde mental e apoio à depressão perinatal através de um follow-up (seguimento) mais atempado e sistemático, o que contribui para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em termos de saúde (147).
- Processos de encaminhamento simplificados e promoção da continuidade dos cuidados através de abordagens de colaboração (8).
- Melhoria da coerência com as modalidades de tratamento, incluindo, se for caso disso, os tratamentos farmacológicos (127).
- Estabelecimento de serviços colaborativos de saúde mental para a depressão perinatal, a fim de apoiar a comunidade local, os profissionais na área da saúde mental e psiquiátrica e da saúde materna e obstétrica na coordenação dos cuidados (56).

Percursos de encaminhamento entre comunidades

Para apoiar vias de encaminhamento coordenadas para serviços e apoios de depressão perinatal em todas as comunidades, as seguintes estratégias foram consideradas eficazes (8, 143):

- Documentação de normas de prática que incluem planos de cuidados para a depressão perinatal e a monitorização dos resultados clínicos.
- Pacotes de informação, fichas de informação, formulários de autoavaliação, recursos e um guia de referência disponíveis em várias línguas para grávidas e puérperas. Os materiais promocionais que reconhecem a depressão perinatal como a principal complicação do parto podem ser úteis para aumentar a consciencialização.

- Processos simplificados de encaminhamento e rastreio, utilizando uma abordagem da equipa interprofissional.
- Acesso a especialistas em saúde mental e a técnicos de diagnóstico em tempo real para os prestadores de cuidados da área saúde materna. Os atrasos no acesso aos cuidados de saúde mental também podem ser atribuídos a questões de seguro, longos tempos de espera para as consultas e poucos especialistas que cuidam de pessoas perinatais.
- Acesso a registos de saúde, de preferência eletrónicos, para apoiar as comunicações entre os prestadores de cuidados de saúde mental e obstétricos no que diz respeito à avaliação da saúde mental e aos planos de tratamento e aos desfasamentos temporais. Os especialistas em tecnologias da informação podem apoiar a melhoria da comunicação entre as equipas multidisciplinares e o *follow-up* (seguimento) atempado.
- Acesso a recursos locais coordenados e a serviços e apoios de saúde mental - dentro de uma organização, em colaboração com outras agências, ou entre comunidades ou regiões.
- Acesso imediato a um especialista em saúde mental, como um psiquiatra, através de consulta telefónica ou presencial, para apoiar os prestadores de cuidados de saúde multidisciplinares na prestação de cuidados de saúde relacionados com a depressão perinatal. Esta medida aumentaria o acesso aos cuidados de saúde mental e reduziria o tempo de espera dos psiquiatras.

Benefícios e danos

A colaboração entre os prestadores de cuidados de saúde nos cuidados de saúde primários, na saúde pública, nos serviços comunitários, na saúde mental e no meio académico pode reforçar o rastreio da depressão perinatal, a referenciação, *follow-up* (seguimento) e a prestação de serviços (146).

Valores e preferências

As pessoas com depressão pós-parto valorizaram a conveniência de um contacto telefónico opcional por um gestor de cuidados, em vez de as visitas serem sempre realizadas pessoalmente no contexto clínico (147). Verificou-se também que a acessibilidade aos cuidados aumenta a recetividade ao tratamento da depressão pós-parto e reduz a necessidade de visitas adicionais a outras consultas médicas.

Notas práticas

Para aumentar a sensibilização e a acessibilidade aos serviços e apoios de saúde mental para a depressão perinatal, podem ser incorporadas as seguintes estratégias:

- Integrar os enfermeiros como líderes numa abordagem interprofissional dos serviços de saúde mental e dos apoios à depressão perinatal (143).
- Defender o acesso a serviços de saúde mental financiados por fundos públicos e apoios para a depressão perinatal, a fim de reduzir os tempos de espera e o atraso no início dos cuidados (8).
- Identificar apoios e programas da comunidade local para colmatar as lacunas nos serviços e o acesso limitado.
- Estabelecer processos de encaminhamento centralizados com acesso a serviços e apoios, incluindo consultas urgentes disponíveis (8).
- Desenvolver algoritmos de cuidados, incluindo as ações a tomar em caso de situação urgente, como a suspeita ou a deteção de um risco de dano imediato, de suicídio ou de infanticídio (148).
- Utilizar materiais impressos, redes sociais ou campanhas de saúde pública que incorporem materiais educativos baseados em evidências para promover a depressão perinatal como um problema de saúde pública.
- Integrar serviços de saúde mental e apoios para a depressão perinatal utilizando uma variedade de abordagens flexíveis e individualizadas através de visitas presenciais, telefónicas e domiciliárias, quando disponíveis (8).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Echo: Improving women's health in Ontario and the Postpartum Depression Standards Project Core Committee. The organization of perinatal mental health services in Ontario: Recommendations for service, education and training, policy and research [Internet]. [local desconhecido]: [editor desconhecido]; 2012. Disponível em: http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/27001/320565.pdf	■ Um livro branco que resultou de uma mesa-redonda com líderes da prática e do pensamento na área da saúde mental perinatal. ■ As recomendações incluem a prestação de serviços, a educação e a formação, a política e a investigação.
The RAND Corporation. A toolkit for implementing parental depression screening, referral and treatment across systems [Internet]. Santa Mónica (CA): RAND Corporation, Community Care Behavioural Health Organization, e The Alliance for Infants and Toddlers, Inc.; 2012. Disponível em: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/tools/TL100/TL102/RAND_TL102.pdf	■ Um conjunto de ferramentas desenvolvido para fornecer informações e recursos para a implementação do rastreio da depressão como uma intervenção precoce. ■ São descritas as colaborações de encaminhamento entre sistemas e a implementação de cuidados baseados em relações.

Lacunas na investigação e implicações futuras

A Equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO e o painel de peritos identificaram áreas prioritárias para investigação futura, tal como se indica na **Tabela 8**. Os estudos realizados nestas áreas forneceriam mais evidências para apoiar os cuidados de depressão perinatal. A lista não é exaustiva; poderão ser necessárias outras áreas de investigação.

Tabela 8: Áreas de investigação prioritárias para cada questão de investigação

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	DOMÍNIO DE INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIO
Questão de investigação n.º 1: No domínio da saúde mental perinatal, quais são as estratégias eficazes de prevenção, rastreio e avaliação para identificar sintomas de depressão durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto?	■ Estratégias eficazes de prevenção da depressão perinatal, incluindo considerações sobre o momento, o parto e o acesso. ■ Programas de rastreio eficazes para a depressão perinatal, incluindo componentes como a oportunidade e a adequação cultural. ■ Instrumentos de rastreio válidos para a ansiedade perinatal. ■ Grandes ensaios em vários locais sobre programas de rastreio que também incluem resultados de avaliação e tratamento.
Questão de investigação n.º 2: No domínio da saúde mental perinatal, quais são as intervenções eficazes para as pessoas que sofrem de depressão durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto?	■ Terapias complementares eficazes, incluindo massagem, terapia de luz brilhante e acupunctura. ■ Quantidade de sono para reduzir o risco de depressão perinatal. ■ Mais investigação sobre as opções de tratamento e o momento em que é efetuado, em relação à eficácia.
Questão de investigação n.º 3: Que educação e formação em depressão perinatal são necessárias para garantir a realização de avaliações e intervenções eficazes entre os enfermeiros no âmbito da sua prática?	■ Estudos canadianos sobre programas eficazes de formação introdutória e contínua sobre depressão perinatal para enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	DOMÍNIO DE INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIO
Questão de investigação n.º 4: Como é que as organizações de cuidados de saúde e o sistema de cuidados de saúde em geral garantem uma prevenção, avaliação e intervenções ótimas para a depressão perinatal?	■ Impacto de percursos de cuidados organizados, incluindo serviços e apoios de saúde mental para pessoas com depressão perinatal e suas famílias em zonas rurais e remotas. ■ A eficácia dos modelos de prestação de cuidados colaborativos que apoiam a avaliação e as intervenções para a depressão perinatal. ■ Políticas de serviços de saúde que melhoram a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde mental para a depressão perinatal.

A **Tabela 8** é uma tentativa de identificar e priorizar a investigação necessária no que diz respeito à depressão perinatal. Muitas das recomendações deste GOBP baseiam-se em evidências de investigação quantitativa e qualitativa; outras baseiam-se noutras diretrizes clínicas ou na opinião do painel de peritos da RNAO. É necessária mais investigação substantiva para alargar o conjunto de conhecimentos.

Estratégias de implementação

A implementação de GOBP no local de prestação de cuidados é multifacetada e difícil; é necessário mais do que a sensibilização e a distribuição de guias para que a prática mude. Os GOBP devem ser adaptados a cada contexto de prática de forma sistemática e participativa, para garantir que as recomendações se ajustem ao contexto local (149). O RNAO *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (Implementação das Directrizes de Boas Práticas)* fornece um processo baseado em evidências para o fazer (ver **Apêndice L**) (1).

O *Cheklist dos guias* baseia-se nas evidencias científicas emergentes de que a adoção bem-sucedida das melhores práticas nos cuidados de saúde é mais provável quando

- Os líderes a todos os níveis estão empenhados em apoiar a implementação dos guias;
- Os guias são selecionados para implementação através de um processo sistemático e participativo;
- Os *stakeholders* (partes interessadas) para as quais os guias são relevantes são identificadas e envolvidas na implementação;
- É avaliada a preparação ambiental para a aplicação dos guias;
- Os guias diretrizes são adaptadas ao contexto local;
- As barreiras e os fatores que facilitam a utilização dos guias são avaliados e abordados;
- São selecionadas intervenções para promover a utilização dos guias;
- A utilização dos guias é sistematicamente avaliada e sustentada;
- A avaliação do impacto dos guias está integrada no processo; e
- Existem recursos adequados para completar todos os aspetos da implementação.

O conjunto de ferramentas utiliza a estrutura "Conhecimento para Ação" para demonstrar as etapas do processo necessárias para a investigação e síntese de conhecimentos (150). Também orienta a adaptação dos novos conhecimentos ao contexto local e à implementação. Este quadro sugere a identificação e utilização de instrumentos de conhecimento, tais como guias orientadores, para identificar lacunas e iniciar o processo de adaptação dos novos conhecimentos aos contextos locais. A **Figura 2** descreve a estrutura, delineando o processo de criação de conhecimentos e o ciclo de ação.

A RNAO está empenhada na implementação e divulgação generalizada dos nossas GOBP. Utilizamos uma abordagem coordenada para a disseminação, incorporando uma variedade de estratégias, incluindo:

1. A Nursing Best Practice Champion Network®, que desenvolve a capacidade de enfermeiros individuais para promover a sensibilização, envolvimento e adoção de GOBP;
2. Os BPG Order SetsTM fornecem declarações de intervenção claras, concisas e acionáveis, derivadas das recomendações para a prática. Os conjuntos de ordens GOBP podem ser facilmente integrados em registos eletrónicos, mas também podem ser utilizados em papel ou em ambientes híbridos; e
3. A designação Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®), que apoia a implementação ao nível da organização e do sistema. As BPSOs concentram-se no desenvolvimento de culturas baseadas em evidências com o mandato específico de implementar, avaliar e sustentar vários GOBP da RNAO.

Para além disso, oferecemos formação anual de reforço de capacidades sobre GOBP específicos e a sua implementação.

As informações sobre as nossas estratégias de implementação podem ser consultadas em:

- Rede de Campeões de Boas Práticas da RNAO: www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Conjuntos de encomenda RNAO BPG: http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets
- Organizações RNAO em destaque pelas melhores práticas: www.RNAO.ca/bpg/bpso
- Institutos de aprendizagem para o reforço das capacidades da RNAO e outras oportunidades de desenvolvimento profissional: www.RNAO.ca/events

Figura 2: Estrutura de conhecimentos para a ação

Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, e I. Graham. Copyright 2009 da Blackwell Publishing Ltd. Adaptado com permissão.

Avaliação do guia orientador de boas práticas

O modelo de Donabedian serve de base ao desenvolvimento de medidas de avaliação e controlo da qualidade dos cuidados de saúde (151). O modelo consiste em três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura descreve os atributos necessários do sistema de saúde, da organização ou da instituição académica, por exemplo, os recursos físicos, humanos, de informação e financeiros. As medidas de processo examinam as atividades de cuidados de saúde prestadas a, para e com pessoas ou populações. As medidas estão diretamente associadas aos enunciados das recomendações e apoiam a melhoria dos processos. Os resultados analisam o efeito dos cuidados de qualidade no estado de saúde das pessoas e das populações e medem o sucesso global da aplicação dos guias orientadores (152). Para mais informações, consultar o RNAO *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines, Segunda Edição* (1).

As **Tabelas 9**, **10** e **11** fornecem medidas de estrutura, processo e resultados para avaliar o sucesso da implementação dos guias. É importante avaliar as mudanças nas práticas baseadas em evidências quando se implementa um guia. Selecionar as medidas mais relevantes para o contexto da prática. Os repositórios de dados/ bibliotecas de indicadores disponíveis para a depressão perinatal são descritos para apoiar a recolha de dados, a medição, a melhoria da qualidade e a avaliação.

Tabela 9: Medidas de estrutura

MEDIDAS DE ESTRUTURA	MEDIDAS EM REPOSITÓRIOS DE DADOS/ INSTRUMENTOS
Percentagem de enfermeiros e da equipa interprofissional que receberam educação e formação sobre cuidados de depressão perinatal	Novo

A **Tabela 10** apoia a avaliação das mudanças na prática durante a implementação. As medidas estão diretamente associadas às recomendações e apoiam a melhoria do processo.

Tabela 10: Medidas de processo

RECOMENDAÇÃO	MEDIDAS DE PROCESSO	MEDIDAS NOS DADOS REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS
1.1	Percentagem de pessoas com rastreio documentado do risco de depressão perinatal	Novo
2.1	Percentagem de pessoas com um plano de cuidados documentado para sintomas de depressão perinatal	Novo
2.5	Percentagem de pessoas com sintomas de depressão perinatal documentados que receberam intervenções psicoeducativas	Novo
2.7	Percentagem de pessoas com sintomas de depressão perinatal documentados que receberam Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e/ou Psicoterapia Interpessoal (PI)	Novo

A **Tabela 11** apresenta potenciais medidas de resultados para avaliar o sucesso global dos guias.

Tabela 11: Medidas de resultados

MEDIDAS DE RESULTADO	MEDIDAS NOS DADOS REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS
Percentagem de pessoas que apresentaram resultados positivos para sintomas de depressão perinatal	Parcial BORN[1]
Percentagem de pessoas que obtiveram resultados positivos no rastreio do risco de automutilação	OPR[2]

1 Registo e Rede de Melhores Resultados (BORN)
2 Registo Perinatal do Ontário (OPR)

Outros recursos da RNAO para a avaliação e o acompanhamento dos GOBP:

- O Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®) (Indicadores de qualidade de enfermagem para elaboração de relatórios e avaliação), um sistema de dados de enfermagem único alojado no International Affairs and Best Practice Guideline Centre, permite às OSPB medir o impacto da implementação dos GOBP em todo o mundo. O sistema de dados NQuIRE recolhe, compara e comunica dados sobre processos e indicadores de resultados sensíveis às diretrizes de enfermagem. As definições dos indicadores NQuIRE estão alinhadas com os dados administrativos disponíveis e com as medidas de desempenho existentes, sempre que possível, aderindo ao princípio "recolher uma vez, utilizar muitas vezes". Ao complementar outros sistemas de medição de desempenho estabelecidos e emergentes, o NQuIRE esforça-se por utilizar medidas fiáveis e válidas, minimizar a carga de comunicação e alinhar as medidas de avaliação para permitir análises comparativas. O sistema internacional de dados NQuIRE foi lançado em agosto de 2012 para (i) criar e manter culturas de prática baseadas na evidência, (ii) otimizar a segurança dos doentes, (iii) melhorar os resultados dos doentes e (iv) envolver o pessoal na identificação das relações entre a prática e os resultados para promover a qualidade e defender recursos e políticas que apoiem as mudanças nas melhores práticas (151). Para mais informações, consultar RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.

- Os conjuntos de pedidos de GOBP integrados nos registos eletrónicos fornecem um mecanismo para a recolha eletrónica de dados de medidas de processo. A capacidade de associar indicadores de estrutura e de processo a indicadores de resultados específicos do cliente ajuda a determinar o impacto da implementação dos GOBP nos resultados de saúde específicos do cliente. Para mais informações, visite RNAO.ca/ehealth/bpgordersets.

Processo de atualização e revisão dos guias orientadores de boas práticas

A RNAO compromete-se a atualizar os seus GOBP da seguinte forma:

1. Cada GOBP será revisto por uma equipa de especialistas da área temática de cinco em cinco anos após a publicação da edição anterior.
2. A equipa do Centro de Assuntos Internacionais e Guias Orientadores de Boas Práticas (IaBPG) da RNAO monitoriza regularmente novas revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatórios e outra literatura relevante na área.
3. Com base nesse controlo, o pessoal pode recomendar um período de revisão mais curto. A consulta adequada dos membros do painel de peritos original e de outros especialistas e peritos na matéria ajudará a fundamentar a decisão de analisar e rever os GOBP antes do previsto.
4. Três meses antes do marco de revisão, o pessoal começa a planear a revisão fazendo o seguinte:
   a. Convidar especialistas no domínio a participar no painel de peritos. O painel será composto por especialistas e peritos recomendados, incluindo pessoas com experiência de vida ou defensores dos consumidores.
   b. Compilação do feedback recebido e das questões encontradas durante a implementação. Isto inclui comentários e experiências dos BPSOs e de outros locais de implementação relativamente à sua experiência.
   c. Compilação de novos GOBP clínicas no terreno e realização de uma revisão sistemática da evidência.
   d. Desenvolver um plano de trabalho pormenorizado com datas e resultados para a elaboração de uma nova edição do GOBP.
5. As novas edições dos GOBP serão divulgadas com base em estruturas e processos estabelecidos.

Lista de Referências

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2012.
2. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et al. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, eds. Transforming nursing through knowledge. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p.31-68.
3. Registered Nurses' Association of Ontario. Interventions for postpartum depression. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2005.
4. Adams ED. If transmen can have babies, how will perinatal nursing adapt? MCN Am J Matern Child Nurs. 2010;35(1):26–32.
5. Alhusen J, Alvarez C. Perinatal depression A clinical update. Nurse Pract. 2016;41(5):50-55.
6. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:379-407.
7. Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. Holist Nurs Pract. 2012;26(4):203–209.
8. Byatt N, Simas T. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2012 Dec;33(4):143-61.
9. Connelly C, Baker-Erikzen M, Hazen A, et al. A model for maternal depression. J Womens Health (Larchmt). 2010;19(9):1747-1757.
10. World Health Organization. Mental health. Maternal mental health. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
11. O'Hara M, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(3):604-614.
12. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, et al. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. J Affect Disord. 2015;200:148–155.
13. O'Hara M, Wisner K. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):3-12.
14. Jesse D, Bian H, Banks E, et al. Role of mediators in reducing antepartum depression symptoms in rural low-income women receiving a culturally tailored cognitive behavioural intervention. Issues Ment Health Nurs. 2016;37(11):811-819.
15. Bowen A, Bowen R, Butt P, et al. Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. Can J Psych. 2012;57(3):161-7.
16. Chen YH, Tsai SY, Lee, JJ. Increased mortality risk among offspring of mothers with postnatal depression: A nationwide population-based study in Taiwan. Psychol Med. 2011;41(11):2287-96.
17. Iams JD. Clinical practice. Prevention of preterm parturition. N Engl J Med. 2014;370(3):254–261.

18. Davalos D, Yadon C, Tregellas H. Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. Arch Womens Ment Health. 2012;15(1):1–14.

19. Evans E, Deutsch N, Drake E, et al. Nurse-patient interaction as a treatment for antepartum depression: a mixed methods analysis. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2017;23(5):347-359.

20. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva (CH): World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

21. Gamble J, Grant T, Tsourtos G. Missed opportunities: a qualitative exploration of the experiences of smoking cessation interventions among socially disadvantaged pregnant women. Women Birth. 2015;28(1):8-15.

22. Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. BMC Public Health. 2011;11:302-302.

23. Wisner K, Sit D, McShea M, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry. 2013;70(5):490–498.

24. Beck C. Postpartum depression: A metasynthesis. Qual Health Res. 2002;12(4):453–472.

25. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. A systematic review. Neurosci. 2017;342:154-166.

26. BenDavid D, Hunker D, Spadaro K. Uncovering the golden veil: applying the evidence for telephone screening to detect early postpartum depression. J Perinat Educ. 2016;25(1):37-45.

27. Fitelson E, Kim S, Baker AS, et al. Treatment of postpartum depression: Clinical, psychological and pharmacological options. Int J Womens Health. 2013;17(3):405-14.

28. Agnafors S, Sydsjo G, deKeyser L, et al. Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. Matern Child Health J. 2013;17(3):405-414.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

30. Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. Ital J Psychopath. 2009;15(4):351–366.

31. Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(3):1-11.

32. Lin E, Diaz-Granados N, Stewart D, Rhodes A, Yeritsyan N, Johns A, Duong-Hua M, Bierman AS. Depression. In: Bierman AS, editor. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 1: Toronto; 2009. Available from: http://www.powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter5-Depression.pdf

33. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, et al. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2015; 70:67–82.

34. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: A systematic review. J Clin Psychiatry. 2014;75(10):e1153–1184.

35. Freed RD, Tompson MC, Otto MW, et al. Early risk factors for psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder: The role of obstetrical complications and maternal comorbid anxiety. Depress Anxiety. 2014;31(7):583–590.

36. Qiao Y, Wang J, Li J, et al. Effects of depression and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetrical and neonatal outcomes: A follow-up study. J Obstet Gynaecol. 2012;32(3):237–240.

37. Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry. 2012;25(2):141-8.

38. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. J Affect Disord. 2016;191:62-77.

39. Skouteris H, Wertheim EH Rallis S, et al. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. J Affect Disord. 2009;113(3):303-8.

40. beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (AU): beyondblue; 2011.

41. Clarke D. Schizoaffective, delusional, and other psychotic disorders. In W. Austin & M.A. Boyd (Eds.), Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice (pp. 362-387). Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

42. Registered Nurses' Association of Ontario. Fairer societies for better health equity. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.

43. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's talk: Health equity. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University; 2013.

44. Canadian Nurses Association. Position statement: Social determinants of health [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2013 (updated 2009). Available from: https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/files/en/ps124_social_determinants_of_health_e.pdf

45. Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, et al. Efficacy of person centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review. J Clin Nurs. 2013;22(3–4):456–465.

46. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63.

47. Registered Nurses' Association of Ontario. Person-and-family-centred care. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2015.

48. Skoog M, Hallstrom I, Berggren V. 'There's something in their eyes' – Child Health Services nurses' experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. Scand J Caring Sci. 2017;31(4):739-747.

49. Canadian Nurses Association. Position statement: Evidence-informed decision-making and nursing practice [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2010 (updated 2002). Available from https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/ps113_evidence_informed_2010_e.pdf?la=en

50. Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses. Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada. 2nd ed. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses; 2009.

51. Avalos L, Raine-Bennett T, Chen H, et al. Improved perinatal depression screening, treatment, and outcomes with a universal obstetric program. Obstet Gynecol. 2016;127(5):917-925.

52. Kohlhoff J, Hickinbotham R, Knox C, et al. Antenatal psychosocial assessment and depression screening in a private hospital. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2016;56(2):173-178.

53. Burton A, Patel S, Kaminsky L, et al. Depression in pregnancy: Time of screening and access to psychiatric care. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011;24(11):1321–1324.

54. Birmingham MC, Chou KJ, Crain EF. Screening for postpartum depression in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2011;27(9):795–800.

55. van der Zee-van den berg A, Boere-Boonekamp M, Ijzerman M, et l. Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. Matern Child Health J. 2017;21:9-20.

56. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Available from: http://nice.org.uk/guidance/cg192

57. Rollans M, Schmied, Kemp L, et al. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. BMC Womens Health. 2013;13:18.

58. Rowan P, Greisinger A, Brehm B, et al. Outcomes from implementing systematic antepartum depression screening in obstetrics. Arch Womens Ment Health. 2012;15(2):115-20.

59. Hewitt C, Gilbody S, Breale S, et al. Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. Health Technol Assess. 2009;13(36):1–230.

60. Zou P. Relational practice in nursing: A case analysis. Nurs Health Care. 2016;1(1):9-13.

61. Leung SSL, Leung C, Lam TH, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: A randomized controlled trial. J Public Health (Oxf). 2011;33(2):292–301.

62. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 127: Management of perinatal mood disorders. Edinburgh (SCT): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012. Available from: https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html

63. Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depression symptomatology? Psychother Psychosom. 2012;81(2):98–107.

64. Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: Assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. Arch Womens Ment Health. 2009;12(5):329-334.

65. Austin MP, Colton J, Priest S, et al. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. Women Birth. 2013;26(1):17-25.

66. Registered Nurses' Association of Ontario. Care transitions. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2014.

67. College of Nurses of Ontario. Practice standards: Documentation. Toronto, ON: College of Nurses; 2008. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41001_documentation.pdf

68. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, et al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. J Psychosom Res. 2014;76(6):433–446.

69. Noonan M, Galvin R, Doody O, et al. A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. J Adv Nurs. 2016;73(3):545-557.

70. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: A systematic review. Arch Womens Ment Health. 2011;14(4):277–293.

71. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. J Affect Disord. 2015;177:7–21.

72. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, et al. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. Health Technol Assess. 2010;14(44):1–107.

73. Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. J Affect Disord. 2012;137(1–3):25–34.

74. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. Clin Obstet Gynecol. 2009;52(3):498–515.

75. Fisher, Rowe, Wynter, et al. Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. BMJ Open. 2016;6:e009396.

76. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. Birth 1998;25:215–19. In: Fisher, Rowe, Wynter, et al. Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. BMJ Open. 2016;6:e009396.

77. McCarter-Spaulding D, Shea S. Effectiveness of discharge education on postpartum depression. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016;41(3):168-172.

78. Top E, Karacam Z. Effectiveness of structured education in reduction of postpartum depression scores: a quasi-experimental study. Arch Psychiatr Nurs. 2016;30(3):356-362.

79. Lieberman K, Le HN, Perry DF. A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. J Adolesc. 2014;37(8):1227-1235.

80. Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J., et al. Exercise during pregnancy attenuates prenatal depression: A randomized controlled trial. Eval Health Prof. 2015;8(1):59–72.

81. Rojas-Garcia A, Ruiz-Perez I, Goncalves DC, et al. Healthcare interventions for perinatal depression in socially disadvantaged women: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol: Sci Pract. 2014;21(4):363–384.

82. Tandon SD, Perry DF, Mendelson T, et al. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2011;79(5):707–712.

83. Howell EA, Balbierz A, Wang J, et al. Reducing postpartum depression symptoms among black and Latina mothers: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2012;119(5):942–949.

84. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. J Affect Disord. 2010;122(1–2):109–117.

85. Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. J Affect Disord. 2013;29(4):389-399.

86. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. Midwifery. 2013;29(4):389-399.

87. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, et al. An intervention to reduce postpartum depression symptoms: A randomized controlled trial. Arch Womens Ment Health. 2014;17(1):57–63.

88. Dennis C-L, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008;4:CD006795.

89. Woolhouse H, Miller K, Brown SJ, et al. Frequency of 'Time for self' is a significant predictor of postnatal depression symptoms: Results from a prospective pregnancy cohort study. Birth. 2016;43(1):58-67.

90. Kim Y, Dee V. Self-care for health in rural Hispanic women at risk for postpartum depression. Matern Child Health J. 2017;21(1):77-84.

91. Daley A, Jolly K, MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. Fam Pract. 2009;26(2):154–162.

92. Daley A, Foster L, Palmer C, et al. The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: Systematic review with meta-analysis. BJOG. 2015;122(1):57–62.

93. Davis K, Dimidjian S. The relationship between physical activity and mood across the perinatal period: A review of naturalistic and clinical research to guide future investigation of physical activity-based interventions for perinatal depression. Clin Psychol Sci Pract. 2012;19(1):27–48.

94. Freeman MP. Complementary and alternative medicine for perinatal depression. J Affect Disord. 2009;112(1–3):1–10.

95. de Arujo, W, Romero W, Zandonade E, et al. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomized clinical trial. Rev Lat Am. Enfermgem. 2016;24:e2806.

96. Crowley SK, Youngstedt SD. Efficacy of light therapy for perinatal depression: A review. J Physiol Anthropol. 2012;31(1):15.

97. Doering JJ, Sims DA, Miller DD. How postpartum women with depression symptoms manage sleep disruption and fatigue. Res Nurs Health. 2017;40(2):132-142.

98. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, et al. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depression symptoms and maternal physiological stress. J Obstet Gynec Neonatal Nurs. 2012;41(3):369–382.

99. De Alencar AE, Arraes LLC, de Albuquerque EC, et al. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. J Trop Pediatr. 2009;55(1):36–38.

100. Field T, Diego M, Delgado J, et al. Tai chi/yoga reduces prenatal depression, anxiety and sleep disturbances. Complement Ther Clin Pract. 2013;19(1):6–10.

101. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. J Bodyw Mov Ther. 2012;16(2):204–209.

102. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, et al. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. Depress Anxiety. 2014;31(8):631–640.

103. Sheikh M, Hantoushzadeh S, Shariat M, et al. The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. Eur J Nutr. 2017;56:901–908.

104. Chang S, Chen C. Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: a randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2015;72(2):306–315.

105. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, et al. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007;36(5):441–449.

106. Danaher BG, Milgrom J, Seeley JR, et al. MomMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility trial results. J Med Internet Res. 2013;15(11):e242.

107. Kamalifard M, Yavarikia P, Babapour Kheiroddin J, et al. The effect of peers support on postpartum depression: A single-blind randomized clinical trial. J Caring Sci. 2013;2(3):237–244.

108. Maloni JA, Przeworski A, Damato EG. Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications. Arch Psychiatr Nurs. 2013;27(2):90–95.

109. Shorey S, Chan SWC, Chong YS, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. J Adv Nurs. 2015;71(6):1260–1273.

110. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, et al. Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. J Affect Disord. 2011;130(3):385–394.

111. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al. Schedules for home visits in the early postpartum. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 23;(7):CD009326.

112. Sanaati F, Charandabi S, Eslamlo H, et al. The effect of lifestyle-based education to women and their husbands on the anxiety and depression during pregnancy: a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(7):870-876.

113. Glavin K, Smith L, Sorum R, et al. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. J Adv Nurs. 2010;66(6):1317–1327.

114. Glasser S, Hadad L, Bina R, et al. Rate, risk factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. J Adv Nurs. 2016;72(7):1602-1615.

115. Stamou G, Garcia-Palacios A, Botella C. Cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: a narrative review. BMC Psychol. 2018;6(1):28.

116. Segre LS, Orengo-Aguayo RE, Siewert RC. Depression management by NICU nurses. Clin Nurs Res. 2016;25(3):273-290.

117. Stephens S, Ford E, Paudyal P, et al. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. Ann Fam Med. 2016;14(5):463-72.

118. Jesse DE, Gaynes BN, Feldhousen EB, et al. Performance of a culturally tailored cognitive-behavioral intervention integrated in a public health setting to reduce risk of antepartum depression: A randomized controlled trial. J Midwifery Womens Health. 2015;60(5):578-592.

119. Taylor B, Cavanagh K, Strauss C. The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016;11(5):e0155720.

120. Bittner A, Peukert J, Zimmermann C, et al. Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depression symptoms: Efficacy of a cognitive-behavioral group program. J Perinat Neonatal Nurs. 2014;28(3):185–195.

121. Scope A, Booth A, Sutcliffe P. Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. J Adv Nurs. 2012;68(9):1909–1919.

122. Nillni Y, Mehralizade A, Mayer L, et al. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2018;66:136-148.

123. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clin Psychol Rev. 2011;31(5):839–849.

124. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C, et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2014;124(3):526–534.

125. Sharp DJ, Chew-Graham C, Tylee A, et al. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: The RESPOND trial. Health Technol Assess. 2010;14(43):1–153.

126. Buist A. Perinatal mental health. Identifying problems and managing medications. Aust Fam Physician. 2014;43(4):182-185.

127. Trangle M, Gursky J, Haight R, et al. Health care guideline: Depression in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2016. Available from: https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/

128. Birdee G, Kemper K, Rothman R et al. Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and the postpartum period: an analysis of the National Health Interview Survey. J Womens Health. 2014;23(10):824-829.

129. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: A national survey. J Midwifery Womens Health. 2011;56(4):353–361.

130. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, et al. Midwives and assessment of perinatal mental health. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18(9):786–795.

131. College of Nurses of Ontario. Competencies for entry-level registered nurse practice. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2014. Available from: https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037_entrytopracitic_final.pdf

132. Hardy S. Mental health and wellbeing: A snapshot of GPN training needs. Pract Nurs. 2014;25(8):395–399.

133. Davies L, Page N, Glover H, et al. Developing a perinatal mental health module: an integrated care approach. Br J Midwifery. 2016;24(2):118-121.

134. Jardri R, Maron M, Pelta J, et al. Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post-birth: A quality improvement report. Midwifery. 2010;26(6):622–629.

135. Long M, Cramer R, Jenkins J, et al. A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. Arch Womens Ment Health. 2018; Jul 2. doi: 10.1007/s00737-018-0876-4.

136. McLachlan HL, Forster DA, Collins R, et al. Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: Evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. Midwifery. 2011;27(5):723–730.

137. Morrell CJ, Slade P, Warner R, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. BMJ. 2009;338(7689):276-280.

138. Buist A, Bilszta J, Milgrom J, et al. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: Results of a national survey. Women Birth. 2006:19(1):11–16.

139. Forrest E. Perinatal mental health education for midwives in Scotland. Br J Midwifery. 2010;18(5):280–284.

140. McConachie S, Whitford H. Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. J Adv Nurs. 2009;65(4):867–876.

141. College of Nurses of Ontario. Practice guideline: Culturally sensitive care. Toronto, (ON): College of Nurses of Ontario; 2009. Available from: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf

142. Registered Nurses' Association of Ontario. Practice education in nursing. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2016.

143. Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ, et al. Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: The design of the MOMCare study. Contemp Clin Trials. 2014;39(1):34–49.

144. Lind A, Richter S, Craft C, et al. Implementation of routine postpartum depression screening and care initiation across a multispecialty health care organization: an 18-month retrospective analysis. Matern Child Health. 2017;21:1234-1239.

145. Lomonaco-Haycraft K, Hyer J, Tibbits B, et al. Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. Prim Health Care Res Dev. 2018;Jun18:1-8.

146. Price SK, Corder-Mabe J, Austin K. Perinatal depression screening and intervention: enhancing health provider involvement. J Womens Health. 2012;21(4):447-455.

147. Truitt FE, Pina BJ, Person-Rennell NH, et al. Outcomes for collaborative care versus routine care in the management of postpartum depression. Qual Prim Care. 2013; 21(3):171–177.

148. Smith T, Kipnis G. Implementing a perinatal mood and anxiety disorders program. MCN Am J Matern Child Nurs. 2012;37(2):80–87.

149. Straus S, Tetroe J, Graham ID, et al. Monitoring and evaluating knowledge. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge translation in health care. Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2009. p.151-159.

150. Harrison MB, Graham ID, Fervers B, et al. Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. 2nd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.;2013. p.110-120.

151. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691-729.

152. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2012;25(2):26–37.

153. Centers for Disease Control and Prevention. Descriptive and analytic studies [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [date unknown]. Available from: http://www.cdc.gov/globalhealth/ healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf

154. Glossary 2017 [Internet]. [place unknown]: The Cochrane Collaboration; 2017. Available from: http://community.cochrane.org/glossary http://community.cochrane.org/glossary

155. Wood A, Middleton SG, Leonard D. "When it's more than the blues": A collaborative response to postpartum depression. Public Health Nurs. 2010;27(3):248–254.

156. Lasiuk G. The assessment process. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice (2nd ed.) (pp. 173–190). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

157. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Towards cultural safety for Métis: An introduction for health care providers. Prince George, BC: University of Northern British Columbia; 2013. Available from: http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/76/CulturalSafety_Web_EN.pdf

158. First Nations Health Authority. Cultural humility [Internet]. Vancouver (BC): First Nations Health Authority; 2018. Available from: http://www.fnha.ca/wellness/cultural-humility

159. Registered Nurses' Association of Ontario. Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2007.

160. Government of Ontario. Human Rights Code. R.S.O. 1990, c. H. 19 [Internet]. [place unknown]; Queens Printer for Ontario: 2012 – 2018. Available from: http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90h19_e.htm

161. Stevens K. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. Online J Issues Nurs. 2013;18(2):4.

162. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.

163. Leise C. A process model of judging and deciding. Int J Process Educ. 2013;5(1):71–90.

164. College of Nurses of Ontario. Therapeutic nurse–client relationship. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2013 (updated 2006). Available from: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf

165. Mental Health Commission of Canada. Towards recovery and wellbeing: A framework for a mental health strategy for Canada. Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada; 2009. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_ENG_0_1.pdf

166. Leon AC, Davis LL, Kraemer HC. The role and interpretation of pilot studies in clinical research. J Psychiatr Res. 2011;45(5):626–629.

167. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: Getting started. Can J Hosp Pharm. 2014;67(6):436-440.

168. Rockers PC, Rottinggen JA, Shemilt I, et al. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. Health Policy. 2014;67(6):436-440.

169. Caldwell L. The importance of reflective practice in nursing. Intl J Caring Sci. 2013;6(3):319.

170. Ross-Kerr JC, Wood MJ, Astle BJ, et al. Canadian fundamentals of nursing (5th ed.). Toronto, ON: Elsevier Canada; 2014.

171. Baker C, Ogden S, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. J Nurs Adm. 1999;29(3):11-20.

172. Registered Nurses' Association of Ontario. Establishing therapeutic relationships. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2006.

173. Lovering S. The crescent of care: A nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. Diversity Equality Health Care. 2012;9(3):171–178.

174. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. J Holist Nurs. 2012:30(1):6–15.

175. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(108):E839-842.

176. Fleiss J, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons; 2003.

177. Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers, J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;2:1-8.

178. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010;23(3):172–178.

179. Freitas GC, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case control study in Brazil. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008;17:336–42. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;2:1-8.

180. Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Wild E, et al. Perinatal prevention network for mentally burdened and adolescent mothers. Praxis Der Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2010;59:704–15. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;2:1-8.

181. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:36–54. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;2:1-8.

182. Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy related complaints and symptoms of depression. Tidsskr nor Laegeforen 2002;122:470–4. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;2:1-8.

183. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. J Pediatr Health Care. 2007;21(5):289–298.

184. Mott SL, Schiller CE, Richards JG, et al. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. Arch Womens Ment Health. 2011;14(4):335–343.

185. Hadman A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. Intl J Psychiatr Med. 2012;43(3):243-259.

186. Pope CJ, Mazmanian D, Bedard M, et al. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. J Affect Disord. 2016;200:45–50.

187. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding - Promoting and supporting the initiation, exclusivity, and continuation of breastfeeding for newborns, infants, and young children. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2018.

188. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, et al. Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. J Pediatr(Rio J). 2013;89(4):332-338.

189. Chad L, Pupco A, Bozzo, P, et al. Update on antidepressant use during breastfeeding. Can Fam Physician. 2013;59(6):633–634.

190. Khanlou N, Haque N, Skinner A, et al. Scoping review on maternal health among immigrant and refugee women in Canada: prenatal, intrapartum, and postnatal care. J Pregnancy. 2017;2017:1-14.

191. Ferszt G, Hickey J, Seleyman K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. J Forensic Nurs. 2013;9(2):105-110.

192. Mukherjee S, Pierre-Victor D, Bahelah R, et al. Mental health issues among pregnant women in correctional facilities: a systematic review. Women Health. 2014;54(8):816-42.

193. Kelsey C, Medel N, Mullins C. An examination of care practices of pregnant women incarcerated in jail facilities in the United States. Matern Child Health J. 2017;21(6):1260-1266.

194. Bowen A, Duncan V, Peacock S, et al. Mood and anxiety problems in perinatal Indigenous women in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A critical review of the literature. Transcult Psychiatry. 2014;51(1): 93–111.

195. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(4):491–498.

196. Roy, A., Thurston, W. E., & the Voices and PHACES Study Team. Depression and mental health in pregnant Aboriginal women: Key results and recommendations from the Voices and PHACES study (Final report). Calgary, AB: University of Calgary; 2015. Available from: https://www.ucalgary.ca/wethurston/files/wethurston/voices-phaces-study-finalreport.pdf F

197. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, ON: The Wellesley Institute; 2015.

198. Flanders CE, Gibson MF, Goldberg AE, et al. Postpartum depression among visible and invisible sexual minority women: A pilot study. Arch Womens Ment Health. 2015;19(2):299-305.

199. Ross LE, Steele L, Goldfinger C, et al. Perinatal depression symptomatology among lesbian and bisexual women. Arch Womens Ment Health. 2007;10(2):53–59.

200. Steele L, Ross LE, Epstein R, et al. Correlates of mental health service use among lesbian, gay, and bisexual mothers and prospective mothers. Women Health. 2008;47(3):95–112.

201. Maccio E, Pangburn J. Self-reported depressive symptoms in lesbian birth mothers and comothers. J Fam Soc Work. 2012;15(2):99-110.

202. Ross LE, Dennis C-L. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: A systematic review. J Womens Health. 2009;18(4):475–486.

203. De Venter M, Smets J, Raes F, et al. Impact of childhood trauma on postpartum depression: a prospective study. Arch Womens Ment Health. 2016;19(2):337-42.

204. Howard LM, Oram S, Galley H, et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2013;10(5):e1001452.

205. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. Matern Child Health J. 2015;19(2):362–372.

206. Byrnes L, Hickey M. Perinatal care for women with disabilities: clinical considerations. J Nurs Practition. 2016;12(8):503-509.

207. Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/

208. Chapman SL, Wu LT. Substance use among adolescent mothers: A review. Child Youth Serv Rev. 2013;35(5):806–815.

209. Dennis C-L, Merry L, Gagnon A. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52:411-422.

210. Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. Arch Womens Ment Health. 2011;14(1):3-11.

211. Obedin-Maliver J, Makadon H. Transgender men and pregnancy. Obstet Med. 2016;9(1):4-8.

212. Dekel S, Stanger V, Georgakopoulos E, et al. Peripartum depression, traditional culture, and Israeli society. J Clin Psychol. 2016;72(8):784-794.

213. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depression symptoms. J Affect Disord. 2006;91(2–3):97–111.

214. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, et al. Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2010;13(5):357–365.

215. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782–786.

216. Abdollahi F, Lye M-S, Zain A, et al. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2011;5(2):5-11.

217. Bina, R. Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish orthodox community: Factors associated with use of professional and informal help. Women Health. 2014;54(5):455–473.

218. Edward K, Castle D, Mills C, et al. An integrative review of paternal depression. Am J Mens Health. 2015;9(1):26-34.

219. Musser A, Ahmed A, Foli K, et al. Paternal postpartum depression: What health care providers should know. J Pediatr Health Care. 2013;27(6):479-85.

220. Kumar S, Oliffe J, Kelly M. Promoting postpartum mental health in fathers: recommendations for nurse practitioners. Am J Mens Health. 2018;12(2):221-228.

221. Buist A, Condon J, Brooks J, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. J Affect Disord. 2006;93(1–3):233–237.

222. Brealey SD, Hewitt C, Green JM, et al. Screening for postnatal depression—is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. J Repro Infant Psychol. 2010;28(4): 328–344.

223. Accortt E, Wong M. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. Obstet Gynecol Surv. 2017;72(9):553-568.

224. Earls M, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and and Family Health. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatrics. 2010;126(5):1032-1039.

225. Gupta S, Ford-Jones E. Recognizing and responding to parental mental health needs: What can we do now? Paediatr Child Health. 2014;19(7):357–361.

226. McKean M, Caughey A, Yuracko Mc Kean M, et al. Postpartum depression: when should health care providers identify those at risk? Clin Pediatr (Phila). 2018;57(6):689-693.

227. Armstrong S, Small, R. Screening for postnatal depression: Not a simple task. Aust N Z J Public Health. 2007;31(1):57-61.

228. Kim HG, Geppert J, Quan T, et al. Screening for postpartum depression among low-income mothers using an interactive voice response system. Matern Child Health J. 2012;16(4):921–928.

229. Drake E, Howard E, Kinsey E. Online screening and referral for postpartum depression: An exploratory study. Community Ment Health J. 2014;50(3):305–311.

230. El-Den S, O-Reilly C, Chen T. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. J Affect Disord. 2015;188:284-303.

231. Langan R, Goodbred A. Identification and management of peripartum depression. Am Fam Physician. 2016;93(10):852-858.

Apêndice A: Glossário de termos

Avaliação abrangente: Uma avaliação global é uma avaliação de enfermagem biológica, psicossocial, social e espiritual de um indivíduo que "inclui uma história de saúde e um exame físico; considera as dimensões psicológicas, emocionais, sociais, espirituais, étnicas e culturais da saúde; atende ao significado da experiência de saúde-doença do indivíduo; e avalia a forma como tudo isto afeta a vida diária do indivíduo" (156, p. 174).

Competências: Os conhecimentos integrados, as aptidões, as capacidades, as atitudes e o discernimento necessários para praticar a enfermagem de forma segura e ética num determinado papel ou contexto (131).

Consciência cultural: O primeiro passo para alcançar a segurança cultural. Pode ser construída através da observação de atividades e da forma como as pessoas participam nelas e envolve a capacidade e a vontade de reconhecer e aceitar a diferença dentro de uma população (172).

Ver cultura, humildade cultural, segurança cultural, sensibilidade cultural

Cuidados centrados na pessoa: Uma abordagem aos cuidados em que a pessoa é vista como um todo. O processo de conhecer a pessoa na sua totalidade é fomentado através da formação de uma relação terapêutica entre a pessoa, os que lhe são significativos e os prestadores de cuidados de saúde. Esta abordagem dos cuidados envolve a defesa, a capacitação e o respeito mútuo, bem como a compreensão do direito da pessoa a ser autónoma, autodeterminada e a participar ativamente nas decisões sobre a sua saúde (doença e bem-estar) (47).

Cuidados centrados na pessoa e na família: Uma abordagem dos cuidados centrada na pessoa e na família demonstra certas práticas que colocam a pessoa e os seus familiares no centro dos cuidados e serviços de saúde. Os cuidados centrados na pessoa e na família respeitam e dão poder aos indivíduos para serem parceiros genuínos dos prestadores de cuidados de saúde em prol da sua saúde. A abordagem inclui os seguintes temas e atributos comuns:

- Fomentar as relações e a confiança.
- Capacitar a pessoa para participar ativamente na tomada de decisões relativas aos seus cuidados de saúde (por exemplo, independência, autonomia e direito à autodeterminação).
- Partilha de opções de cuidados, educação e informação baseadas em evidências, que sejam imparciais, claras e abrangentes, a fim de apoiar a pessoa na tomada de decisões.
- Respeitar a pessoa e personalizar os cuidados, promovendo os seus pontos fortes, o seu autoconhecimento, as suas preferências e os seus objetivos em termos de cuidados, de uma forma que se baseie nas suas crenças, valores, cultura e experiência de saúde.
- Proporcionar conforto físico num ambiente propício à cura.
- Oferecer apoio emocional e presença solidária.
- Assegurar a continuidade dos cuidados durante as transições.
- Garantir a capacidade da pessoa de aceder a cuidados e serviços quando necessário.
- Parceria com a pessoa e a sua família na reforma do sistema de saúde para melhorar a qualidade, a prestação e a conceção dos cuidados e serviços de saúde a todos os níveis (micro, meso e macro).
- Comunicar eficazmente no âmbito de uma relação terapêutica para promover verdadeiras parcerias no domínio dos cuidados de saúde.
- Cuidar dos indivíduos, das suas famílias e das suas comunidades, abordando os fatores determinantes da saúde (promoção da saúde e prevenção das doenças) (47).

Cuidados colaborativos: Um modelo de cuidados em que uma equipa de prestadores de cuidados de saúde trabalha em conjunto para tratar pessoas individuais num ou mais contextos de cuidados. Esta abordagem pode facilitar o planeamento sistemático dos cuidados, a consulta, o *follow-up* (seguimento) e a monitorização (147, 155).

Cultura: Refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida partilhados e aprendidos de um indivíduo ou grupo. Influencia o pensamento, as decisões e as ações (141).

Depressão perinatal: Uma doença mental comum que ocorre durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o nascimento. Quando não é tratada, a depressão perinatal está associada a resultados negativos para a pessoa, o bebé, os outros filhos, o parceiro e outros membros da família, se for caso disso (6). Na secção "Antecedentes" (p.21-27) é apresentada uma descrição pormenorizada da depressão perinatal, incluindo os sintomas e os fatores de risco.

Depressão pós-parto: Uma depressão que ocorre durante o período perinatal, especificamente durante o período pós-parto até um ano após o parto.

Depressão pré-natal: Uma depressão que ocorre durante o período perinatal, especificamente durante a gravidez.

Determinantes sociais da saúde: As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas circunstâncias são moldadas pela distribuição do dinheiro, do poder e dos recursos a nível mundial, nacional e local. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em matéria de saúde - diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde registadas nos países e entre eles (10).

Discriminação: O Código dos Direitos Humanos do Ontário afirma que "todas as pessoas têm direito a tratamento igual no que diz respeito a serviços, bens e instalações, sem discriminação com base na raça, ascendência, local de origem, cor, origem étnica, cidadania, credo, sexo, orientação sexual, identidade de género, expressão de género, idade, estado civil, estatuto familiar ou deficiência" (160, s. 1).

Enfermeiros: Refere-se a enfermeiros, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwives*), enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (131).

Ensaio controlado randomizado (RCT): Um estudo em que o investigador atribui uma ou mais intervenções a participantes que são distribuídos aleatoriamente entre o grupo experimental (recebe a intervenção) e o grupo de comparação (tratamento convencional) ou de controlo (sem intervenção ou placebo) (154).

Equipa interprofissional: Uma equipa composta por vários prestadores de cuidados de saúde que trabalham em colaboração para prestar cuidados e serviços de saúde abrangentes e de qualidade a pessoas dentro, entre e através de contextos de cuidados de saúde (47).

Estigma: as atitudes negativas e desfavoráveis e os comportamentos que produzem, associados a uma determinada caraterística ou atividade de um indivíduo ou de um grupo (165).

Estudo controlado: Um ensaio clínico em que o investigador atribui uma intervenção, exposição ou tratamento a participantes que não são atribuídos aleatoriamente a um grupo experimental e a um grupo de controlo (154).

Estudo de coorte: Um estudo observacional em que um grupo definido de pessoas (a coorte) é seguido ao longo do tempo, quer prospetiva quer retrospetivamente (154).

Estudo quasi-experimental: Um tipo de conceção de estudo que estima os efeitos causais através da observação da exposição de interesse, mas as experiências não são diretamente controladas pelo investigador e não envolvem aleatorização (por exemplo, conceção antes e depois) (168).

Estudos analíticos: Os estudos analíticos testam hipóteses sobre as relações entre a exposição e o resultado. Os investigadores não atribuem uma intervenção, exposição ou tratamento, mas medem a associação entre a exposição e o resultado ao longo do tempo, utilizando um grupo de comparação (153). A conceção de estudos analíticos inclui estudos controlados e estudos de coorte.

Estudos descritivos: Um estudo que gera uma hipótese e descreve as características de uma amostra de indivíduos num determinado momento. Os investigadores não atribuem uma intervenção, exposição ou tratamento para testar uma hipótese, mas apenas descrevem as características de uma amostra de uma população definida. A conceção de estudos descritivos inclui estudos transversais (153 - 154).

Estudos-piloto: Um tipo de conceção de estudo que é importante para o desenvolvimento de novos conhecimentos. Os estudos-piloto são concebidos para determinar a viabilidade de uma abordagem de investigação (por exemplo, recrutamento, retenção, avaliação e implementação) utilizando uma nova intervenção antes de efetuar um estudo em maior escala. Os estudos-piloto não se destinam a testar hipóteses (166).

Estudos transversais: Um estudo que mede a distribuição de alguma(s) caraterística(s) numa população num determinado momento (também designado por "inquérito") (154).

Família: Quem quer que a pessoa defina como sendo a sua família. Os membros da família podem incluir pais, filhos, irmãos, parceiros, vizinhos e pessoas importantes da comunidade da pessoa (47).

Fiabilidade (Fiável): O grau em que os resultados de um procedimento de medição podem ser reproduzidos com um erro de medição mínimo (154).

Ver validado (validade)

Guias Orientadores de boas práticas: Os guias orientadores de boas práticas são documentos sistematicamente desenvolvidos e baseados em evidências que incluem recomendações para enfermeiros e para a equipa interprofissional, educadores, líderes e decisores políticos, pessoas e suas famílias sobre temas clínicos específicos e ambiente de trabalho saudável. Os GOBP promovem a consistência e a excelência nos cuidados clínicos, nas políticas de saúde e na educação para a saúde, conduzindo, em última análise, a resultados de saúde ótimos para as pessoas e comunidades e para o sistema de cuidados de saúde (2).

Humildade cultural: Um processo de autorreflexão para compreender os preconceitos pessoais e sistemáticos que mantêm as desigualdades entre grupos raciais ou étnicos (158 - 159).

Instrumento de rastreio: Um instrumento de rastreio destina-se a detetar problemas de saúde emergentes (normalmente pré-sintomáticos) para tratamento precoce e para melhorar os resultados em termos de saúde. O desempenho de um instrumento de rastreio deve basear-se na adequação do rastreio para detetar o problema de saúde (170).

Intervenções: Engloba estratégias, terapias ou técnicas de tratamento específicas que são utilizadas neste Guia Orientador para a depressão perinatal.

Investigação qualitativa: Uma abordagem à investigação que procura transmitir a forma como o comportamento e as experiências humanas podem ser explicados no contexto das estruturas sociais e que utiliza uma abordagem interativa e subjetiva para investigar e descrever os fenómenos (167).

Literacia em Saúde: Os conhecimentos e as competências (acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação sobre saúde) de que uma pessoa necessita para tomar decisões e satisfazer as exigências complexas dos seus estados de saúde (doença e enfermidade) e de bem-estar (prevenção) em constante mudança. Existem dois níveis de literacia em saúde:

1. nível funcional, em que a pessoa possui as competências básicas de leitura e escrita necessárias para compreender qualquer informação fornecida; e
2. nível interativo, em que a pessoa possui competências mais avançadas que lhe permitem participar na tomada de decisões relativas aos seus cuidados de saúde, incluindo a capacidade de analisar criticamente a informação sobre saúde e bem-estar e de a utilizar eficazmente (162).

Meta-análise: Uma revisão sistemática que utiliza métodos estatísticos para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos (154).

Ver revisão sistemática

Pessoa: Neste Guia Orientador, um a pessoa é um indivíduo com o qual os prestadores de cuidados de saúde estabelecem uma relação terapêutica para efeitos de parceria nos cuidados de saúde da depressão perinatal. O termo inclui os seguintes termos: pai, mãe, mulher, paciente, residente e consumidor ou qualquer outro identificador determinado pelo indivíduo (164 - 165).

Pessoa como um todo: Todos os componentes - biológicos, psicológicos, emocionais, físicos, pessoais, sociais, ambientais e espirituais - que constituem uma pessoa. Cuidar da pessoa como um todo implica conhecer a pessoa no que respeita a todas estas componentes e tratá-la de forma holística (em vez de tratar apenas a sua doença ou enfermidade) (173 - 174).

Prática baseada em evidências: A integração das evidências de investigação metodologicamente mais fortes com os conhecimentos clínicos e os valores dos doentes; unifica as evidências de investigação com os conhecimentos clínicos e incentiva a inclusão das preferências das pessoas (161).

Prática reflexiva: O processo de examinar a ação e as experiências de uma pessoa com o objetivo de desenvolver a sua prática e os seus conhecimentos clínicos, com o resultado de adquirir uma nova compreensão e apreciação da situação (169).

Processo de tomada de decisão informada: As etapas que uma pessoa percorre para tomar decisões sobre os seus cuidados. A qualidade do processo de tomada de decisão pode ser determinada através da avaliação do próprio processo. Isto significa pedir à pessoa que toma a decisão para avaliar o seguinte:

- Se receberam informação suficiente (conhecimento especializado) para tomar uma decisão.
- Se a informação foi dada sem preconceitos ou tentativas de influenciar a pessoa para uma determinada opção.
- Se a informação incluía uma explicação do(s) benefício(s), do(s) dano(s) e das incertezas científicas, e se eram fornecidas opções alternativas para consideração.
- Se os valores e objetivos da pessoa foram tidos em conta.
- Se a pessoa teve tempo suficiente para tomar a decisão.
- Se a pessoa foi incluída no processo de tomada de decisão no seu grau de participação preferido (163).

Profissional de saúde: Neste guia o termo refere-se a profissionais de saúde regulamentados ou a profissionais que prestam cuidados e serviços a pessoas e às suas famílias em qualquer contexto (agudos, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados primários e comunidade) (47).

Recomendação para a prática: Uma declaração de boas práticas dirigida aos enfermeiros e à equipa interprofissional que permite a implementação bem-sucedida dos GOBP.

Recomendações para a educação: Declarações de requisitos educacionais e abordagens ou estratégias educacionais para a introdução, implementação e sustentabilidade do guia orientador de boas práticas.

Recomendações para a organização e política do sistema: Declarações das condições necessárias para um contexto de prática que permita a implementação bem-sucedida do guia orientador de boas práticas. As condições de sucesso são, em grande parte, da responsabilidade da organização, embora possam ter implicações para a política a um nível governamental ou social mais alargado.

Relação terapêutica: Uma relação intencional, orientada para um objetivo, entre o profissional de saúde e a pessoa que acede ao sistema de saúde para receber cuidados e tratamento, que se baseia num processo interpessoal orientado para a promoção dos melhores interesses e resultados em termos de saúde da pessoa (164, 172).

Revisão sistemática: Revisão sistemática: Uma revisão exaustiva da literatura que utiliza uma pergunta claramente formulada e métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente a investigação relevante. Uma revisão sistemática recolhe e analisa os dados dos estudos incluídos e apresenta-os, por vezes utilizando métodos estatísticos (154).

Ver meta-análise

Segurança cultural: Um resultado baseado num envolvimento respeitoso que reconhece os desequilíbrios de poder inerentes ao sistema de cuidados de saúde (141 - 159).

Ver cultura, consciência cultural, humildade cultural, sensibilidade cultural

Sensibilidade cultural: Refere-se a uma consciencialização, compreensão e atitude em relação à cultura, e coloca a tónica na autoconsciência e no discernimento do profissional de saúde (141, 159).

Ver cultura, consciência cultural, sensibilidade cultural

Stakeholders **(parte interessada):** Um indivíduo, grupo ou organização com um interesse nas decisões e ações das organizações. Uma parte interessada pode tentar influenciar decisões e ações (171). Os *stakeholders* (partes interessadas) incluem todos os indivíduos ou grupos que serão direta ou indiretamente afetados pela mudança ou solução do problema.

Validado (Validade): O grau em que uma medida é suscetível de ser verdadeira e isenta de enviesamento (154).

Ver fiável.

Apêndice B: Processo de desenvolvimento do guia orientador de boas práticas

A RNAO está empenhada em assegurar que cada GOBP se baseia na melhor evidência disponível. Para cumprir as normas internacionais, foi estabelecido um processo de monitorização e revisão de cada guia de cinco em cinco anos.

A RNAO reuniu um painel de peritos que representam uma série de setores e áreas de prática (ver "Painel de Peritos da RNAO", p. 15). As revisões sistemáticas das evidências basearam-se no objetivo e âmbito destes Guias Orientadores e foram apoiadas pelas quatro questões de investigação listadas abaixo. As revisões sistemáticas foram realizadas para captar a literatura relevante revista por pares publicada entre 2006 e julho de 2018.

Foram estabelecidas as seguintes questões de investigação para orientar as revisões sistemáticas:

1. No domínio da saúde mental perinatal, quais são as estratégias de rastreio e avaliação eficazes para identificar sintomas de depressão durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto?
2. No domínio da saúde mental perinatal, quais são as intervenções eficazes para as pessoas que sofrem de depressão durante a gravidez e no pós-parto, até um ano após o parto?
3. Que educação e formação em depressão perinatal são necessárias para garantir a realização de avaliações e intervenções eficazes entre os enfermeiros no âmbito da sua prática?
4. Como é que as organizações de cuidados de saúde e o sistema de cuidados de saúde em geral garantem uma prevenção, avaliação e intervenções ótimas para a depressão perinatal?

A Equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO e o painel de peritos trabalharam para integrar as melhores e mais atuais evidências e para garantir a validade, adequação e segurança das recomendações dos GOBP.

Apêndice C: Processo de revisão sistemática e estratégia de pesquisa

Revisão dos guias orientadores

A Equipa de Investigação e Desenvolvimento dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO pesquisou uma lista estabelecida de websites para guias orientadores e outros conteúdos relevantes publicados entre 2006 e 2016. Esta lista foi compilada com base no conhecimento dos sítios Web de práticas baseadas na evidência, nas recomendações da literatura e nos principais sítios Web relacionados com a depressão perinatal (ver **Figura 3**).

Informações pormenorizadas sobre a estratégia de pesquisa dos guias existentes, incluindo a lista de sítios Web pesquisados e os critérios de inclusão, estão disponíveis em www.RNAO.ca

O responsável pelos guias orientadores da RNAO e dois associados de investigação em enfermagem da RNAO avaliaram criticamente seis guias orientadores internacionais utilizando o Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II (175). A partir desta análise, foram selecionados os quatro guias orientadores seguintes para fundamentar as recomendações e as discussões sobre as evidências:

1. *"Beyond blue"* Guia Orientador de prática clínica para a depressão e perturbações relacionadas - ansiedade, perturbação bipolar e psicose puerperal - no período perinatal. A guideline for primary care health professionals (Guia Orientador para profissionais de saúde dos cuidados primários). Melbourne (AU): Beyondblue; 2011. Disponível em: http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891
2. National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (Saúde mental pré-natal e pós-natal: gestão clínica e orientação de serviços). Londres (Reino Unido): Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados; 2014. Disponível em: http://nice.org.uk/guidance/cg192
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (Rede de Guias Orientadores Intercolegiais Escocesas). SIGN 127: Management of perinatal mood disorders (Gestão das perturbações de humor perinatais). Edimburgo (SCT): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012. Disponível em: https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html
4. Trangle M, Gursky J, Haight R, et al. Health care guideline: (Guia Orientador para os cuidados de saúde:) Depression in primary care (Depressão nos cuidados primários). Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; (Instituto de Melhoria dos Sistemas Clínicos 2016. Disponível em https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/

A exclusão de guias orientadores ao abrigo do Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II (175) (Apreciação dos guias orientadores para o instrumento de investigação e avaliação II (175)) deveu-se principalmente à falta de uma revisão sistemática, bem como a pontuações baixas de dois revisores independentes ou ao facto de se centrarem minimamente na depressão perinatal (por exemplo, o guia centrava-se amplamente na saúde mental materna ou nos cuidados pré-natais ou pós-parto, com apenas uma breve discussão sobre a depressão perinatal).

Revisão sistemática

Foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa abrangente pela Equipa de Investigação e Desenvolvimento de Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO e por um bibliotecário de ciências da saúde, com base em critérios de inclusão e exclusão criados com o painel de peritos da RNAO. Foi efetuada uma pesquisa de artigos relevantes publicados em inglês entre 2006 e 2015 nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), EMBASE, MEDLINE, MEDLINE in Process, PsycINFO e ERIC (apenas para a pergunta de investigação 3). Para além desta pesquisa sistemática, foi pedido aos membros do painel que revissem as suas bibliotecas pessoais em busca de artigos-chave não encontrados através das estratégias de pesquisa acima referidas. Estes artigos foram submetidos ao mesmo processo de seleção que os artigos recuperados através da pesquisa nas bases de dados (ver **Figura 4**).
As informações pormenorizadas sobre a estratégia de pesquisa para as quatro revisões sistemáticas, incluindo os critérios de inclusão e exclusão e os termos de pesquisa, estão disponíveis em https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression.

Uma vez recuperados os artigos, os registos foram divididos entre dois enfermeiros investigadores associados da RNAO e o responsável pelo desenvolvimento dos guias orientadores da RNAO, todos eles enfermeiros com mestrado. Os RNAO Nursing Research Associates (Enfermeiros Associados de Investigação da RNAO) e o RNAO Guideline Development Lead (Coordenador de Desenvolvimento de Guias Orientadores da RNAO) avaliaram de forma independente a elegibilidade dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Toda a triagem foi efetuada de forma independente por, pelo menos, dois revisores e quaisquer discrepâncias entre os resultados de cada par foram desempatadas pelo indivíduo que não reviu esse grupo de artigos.

As pontuações de avaliação da qualidade de 26 artigos (uma amostra aleatória de 20% da produção total de artigos incluídos) foram avaliadas independentemente por cada Enfermeiro Associado de Investigação. A concordância inter-avaliadores foi aceitável (Coeficiente kappa, K= 0,88) justificou o prosseguimento da avaliação da qualidade e da extração de dados, dividindo os restantes estudos em partes iguais entre os Nursing Research Associates (176). Os resumos de investigação dos resultados da literatura foram preenchidos e utilizados para descrever os resultados em narrativas. As tabelas de dados abrangentes e os resumos da investigação foram fornecidos a todos os membros do painel de peritos para análise e discussão.

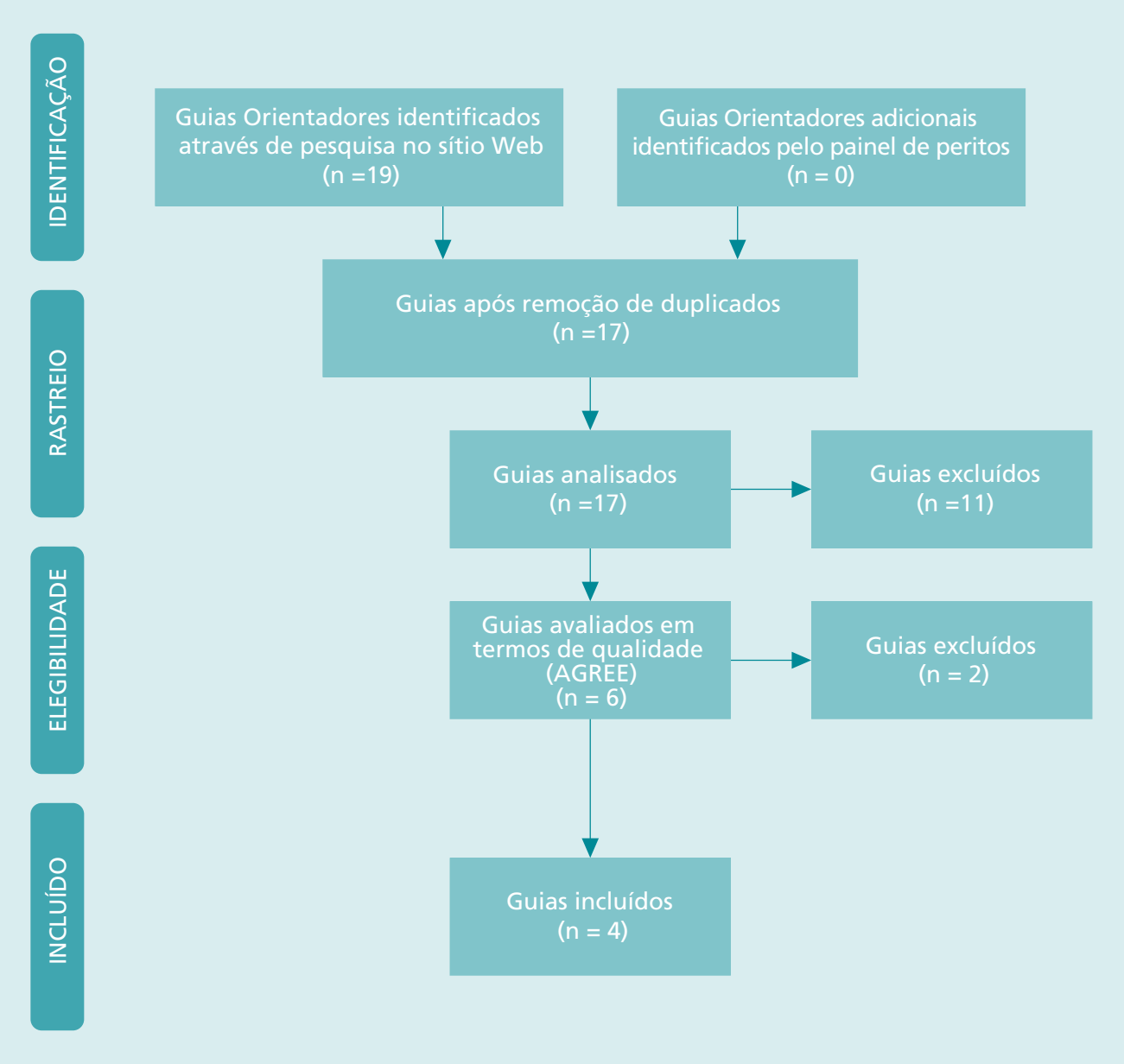
Atualizações de revisões sistemáticas

Antes da publicação, a revisão sistemática que informa as recomendações práticas para este Guia Orientador foi atualizada. O objetivo da atualização da revisão sistemática era assegurar que qualquer investigação relevante que apoiasse ou contestasse as recomendações práticas existentes, publicada desde a realização da pesquisa inicial em 2015, fosse incorporada nos Guias Orientadores. Foi efetuada uma pesquisa de artigos relevantes publicados em inglês entre 1 de maio de 2015 e 14 de julho de 2017, nas seguintes bases de dados: CINAHL, MEDLINE e Biblioteca Cochrane. Um total de 347 artigos foram recuperados, com 333 restantes após a remoção de duplicados. Um enfermeiro investigador associado e o responsável pelo desenvolvimento das orientações examinaram todos os 333 registos para inclusão. Vinte e cinco textos completos foram acordados e posteriormente analisados quanto à sua pertinência pela Nursing Research Associate e pela Guideline Development Lead. Foram incluídos quinze artigos na atualização da revisão sistemática e a qualidade foi avaliada por um enfermeiro investigador associado. No total, foram incluídos nos Guias Orientadores oito estudos de qualidade forte e moderada (ver **Figura 5**). Os artigos de investigação incluídos continuaram a apoiar as recomendações práticas atuais no âmbito dos Guias Orientadores e foram incorporados nas discussões pertinentes sobre as evidências.

Após esta atualização inicial e antes da sua publicação, foram atualizadas as revisões sistemáticas que informam as recomendações práticas, educativas organizacionais e de política do sistema para este Guia. O objetivo desta segunda atualização era garantir que qualquer investigação relevante que apoiasse ou contestasse todas as recomendações existentes sobre depressão perinatal, publicada nos últimos cinco anos, fosse incorporada nos Guias Orientadores. Foi efetuada uma pesquisa de artigos relevantes publicados em inglês entre janeiro de 2013 e julho de 2018 nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), EMBASE, MEDLINE, MEDLINE in Process, PsycINFO e ERIC (apenas para a pergunta de investigação 3). Foi recuperado um total de 23664 artigos, tendo restado 17894 após a remoção de duplicados. Um enfermeiro investigador associado e o responsável pelo desenvolvimento dos guias analisaram todos os 17894 registos para inclusão. Chegou-se a acordo sobre um total de 371 textos completos, que foram posteriormente analisados quanto à sua relevância pela Nursing Research Associate e o responsável pelo desenvolvimento dos guias. Trinta e cinco artigos foram incluídos na atualização da revisão sistemática e avaliados em termos de qualidade por dois Nursing Research Associates. No total, 16 estudos desta atualização foram incluídos nos guias orientadores (ver **Figura 5**). Os estudos de baixa qualidade foram incluídos apenas quando os resultados forneceram exemplos distintos e relevantes. Os artigos de investigação incluídos continuaram a apoiar as recomendações atuais dos Guias Orientadores e foram incorporados nas discussões pertinentes sobre as evidências.

Um fluxograma pormenorizado da inclusão e exclusão de artigos para a revisão sistemática atualizada, juntamente com uma bibliografia completa de todos os artigos de texto integral selecionados para inclusão nas pesquisas de 2015, 2017 e 2018, está disponível em https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression.

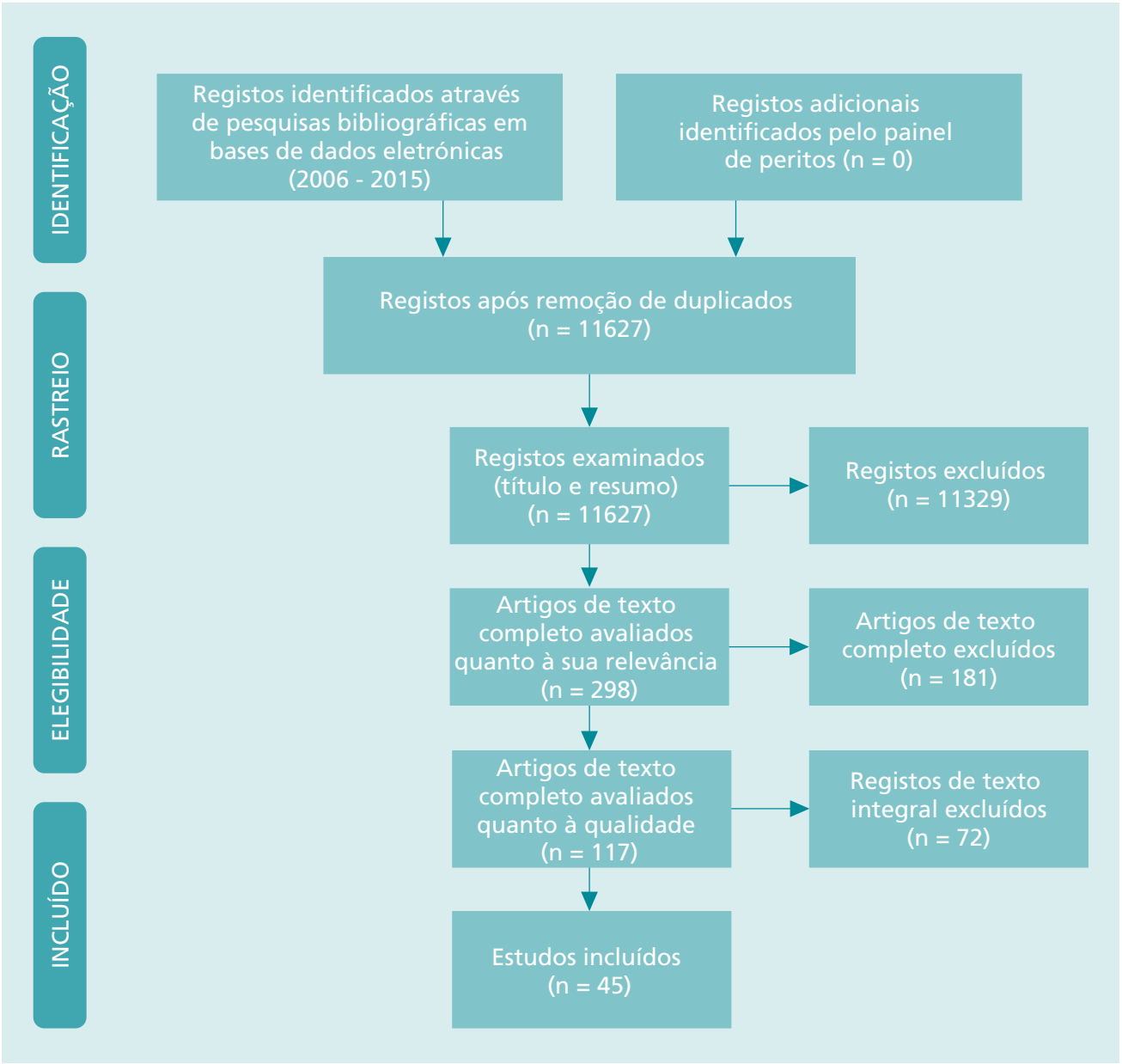
Figura 3: Diagrama de fluxo do processo de revisão dos guias orientadores



Fonte: Adaptado pelo painel de peritos da RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

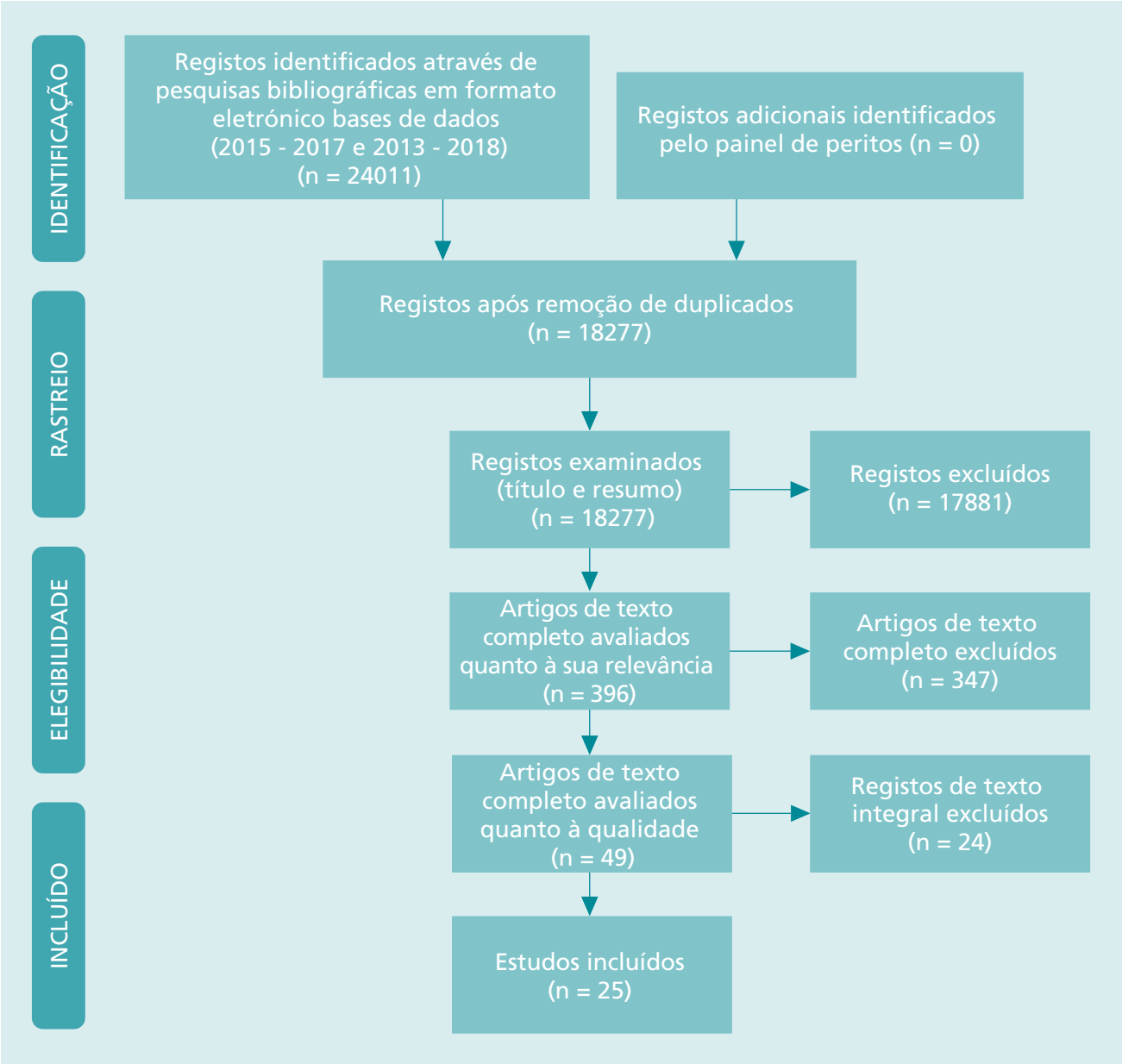
Os guias orientadores incluídos tiveram uma pontuação global AGREE II de cinco ou mais (em sete).

Figura 4: Diagrama de fluxo do processo de revisão de artigos



Fonte: Adaptado pelo painel de peritos da RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 5: Diagrama de fluxo do processo de revisão de artigos



Fonte: Adaptado pelo painel de peritos da RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Apêndice D: Diversidade entre pessoas grávidas e em pós-parto com depressão perinatal

Ao cuidar de pessoas com depressão perinatal, é importante ter em conta as circunstâncias e os contextos de vida únicos que podem condicionar as necessidades de serviços e apoios de uma pessoa. Nesta secção, as diversas necessidades das grávidas e das pessoas no pós-parto que sofrem de depressão perinatal são destacadas. Os subgrupos seguintes, enumerados por ordem alfabética, incluem adolescentes, pais adotivos, pessoas que amamentam, imigrantes, pessoas encarceradas, povos indígenas, pessoas lésbicas e bissexuais, pessoas com antecedentes de abuso, pessoas com deficiência, pessoas com antecedentes de consumo de substâncias, pessoas com baixos rendimentos, refugiados e pessoas transgénero. As considerações culturais e a depressão perinatal em parceiros masculinos também são destacadas.

Adolescentes

Existem poucos estudos sobre a depressão perinatal em adolescentes, uma vez que a maioria dos estudos se centra em populações adultas (177). No entanto, é bastante comum, com uma prevalência registada de 14 a 53% (dependendo da população estudada) (30, 177 - 178). As elevadas taxas de depressão estão associadas a muitos fatores de risco, tal como se indica na **Tabela 12**. A tabela também inclui fatores de proteção positivos que reduzem o risco.

Com uma elevada prevalência e consequências adversas para a pessoa e o seu bebé, incluindo um risco três vezes maior de tentativas de suicídio no período pós-parto do que durante a gravidez (20% contra 6,3%), as intervenções são fundamentais (179). Recomenda-se o rastreio durante um ano ou mais, uma vez que o pico da depressão nas adolescentes ocorre quatro meses após o parto (177). Como a EPDS não foi considerada válida para os adolescentes, devem ser considerados outros instrumentos de rastreio mais simples que avaliem os sentimentos de desespero, tristeza ou falta de prazer ou de interesses numa base diária (180).

Entre as intervenções eficazes, as evidências incluem: 1) cuidados coordenados em casa por membros da equipa interprofissional, incluindo psicoterapeutas, assistentes sociais, psiquiatras e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwives*) (180); e 2) apoio de um enfermeiro e alojamento em contexto escolar para ir a consultas médicas durante o dia escolar, conforme necessário (181). Outro estudo concluiu que a atividade física semanal no terceiro trimestre estava associada à redução dos sintomas de depressão no início do pós-parto (182).

Para as adolescentes, o enfermeiro de saúde escolar ou outra (se disponível) pode ser muito útil para dar apoio e conhecer os recursos locais para a depressão perinatal, incluindo o apoio dos pares (30, 177 - 178, 183). O enfermeiro também pode apoiar os jovens pais sobre a opção de permanecerem na escola. Dada a elevada prevalência de depressão perinatal entre as adolescentes, é importante que o enfermeiro rastreie e reconheça quaisquer sinais ou sintomas de depressão. Para mais pormenores sobre o papel dos enfermeiros e as competências necessárias para apoiar a saúde mental dos adolescentes, consultar o documento da RNAO *"Enhancing Health Adolescent Development"*, disponível em http://RNAO.ca/bpg/guidelines/enhancing-healthy-adolescent-development

Tabela 12: Fatores de risco e de proteção para a depressão perinatal entre adolescentes

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
■ Idade mais jovem na altura da gravidez e do parto* ■ Estar a receber assistência social* ■ Abandono escolar* ■ Apoio familiar negativo ■ Perceção de falta de apoio da rede social ou isolamento dos pares ■ Baixa autoestima ■ Insatisfação corporal ■ Estatuto socioeconómico baixo ■ Conflito com o pai do bebé, se for caso disso ■ Autorrelato de solidão ou falta de confiança ■ Níveis elevados de stress pessoal ■ História de depressão e/ou ansiedade antes da gravidez ou durante a gravidez ■ Dependência e doenças mentais, incluindo ansiedade, perturbações bipolares ou alimentares	■ Apoio parental ■ Apoio e envolvimento do pai do bebé, especialmente quando se aproxima a data prevista para o parto (se aplicável) ■ Receber cuidados de um enfermeiro ou de outro membro da equipa interprofissional que lhe dê apoio ■ Conhecimento dos recursos locais e dos apoios sociais disponíveis ■ Rastreio da depressão perinatal ■ Autoconfiança parental autopercebida

Fontes: Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. Perinatal mood and anxiety disorders. Avaliação clínica e tratamento. Uma revisão da literatura atual. Ital J Psychopath. 2009;15(4):351-366; Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers, J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;2:1-8; Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: Uma revisão integrativa da literatura. J Pediatr Health Care. 2007;21(5):289-298; e Yozwiak JA. Depressão pós-parto e mães adolescentes: A review of assessment and treatment approaches. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010;23(3):172-178.

* Estes fatores de risco não foram conclusivamente considerados preditivos de depressão perinatal em adolescentes (177 - 178, 183).

Pais adotivos

Existem poucos estudos que examinem a prevalência da depressão pós-parto entre os pais que adotaram. Um estudo quase experimental inquiriu mães que tinham adotado uma criança (idade média de dois anos) nos últimos 12 meses (184). Os resultados indicaram que as mães adotivas têm sintomas de depressão de gravidade comparável aos das mães biológicas. O risco de depressão pós-parto entre as mães adotivas pode ser maior devido aos desafios da infertilidade, a uma perturbação psicológica anterior e a uma menor satisfação conjugal (184). O rastreio da depressão pós-parto está indicado para as mães adotivas, a fim de apoiar uma avaliação e tratamento precoces, quando necessário.

Pessoas que amamentam

A evidência de associações entre a prevalência e a duração do aleitamento materno e a depressão pós-parto é inconsistente (185 - 187). Alguns estudos descobriram que as pessoas com sintomas de depressão tinham taxas mais baixas de prevalência, duração e início do aleitamento materno (185, 187 - 188). Em contrapartida, outro estudo concluiu que as tentativas e a duração do aleitamento materno não estavam associadas à depressão pós-parto, e que quaisquer associações previamente relatadas entre estas variáveis podem ter sido devidas a outros fatores de risco (186). Além disso, a amamentação pode proteger contra a depressão pós-parto devido aos efeitos calmantes das hormonas da lactação, a prolactina e a oxitocina, e à redução do cortisol, uma hormona do stress (188).

Ao apoiar pessoas com sintomas depressivos moderados a graves que estão a considerar um tratamento farmacológico, os riscos e benefícios devem ser examinados através de um processo de tomada de decisão informado. A decisão relativa à utilização de abordagens farmacológicas e ao início ou continuação da amamentação é influenciada por muitos fatores, incluindo os sentimentos da pessoa sobre a amamentação e a gravidade dos seus sintomas depressivos (187). Devem ser exploradas todas as opções possíveis, incluindo i) a exposição à medicação através do leite materno para tratar a depressão pós-parto, ii) evitar a exposição à medicação através do leite materno, não tratando farmacologicamente a depressão pós-parto, ou iii) evitar a exposição à medicação através do leite materno, deixando de amamentar (187). Ao ponderar estas opções, pode ser dada uma garantia geral de que muitos dos medicamentos prescritos para a depressão pós-parto são considerados seguros para a amamentação, uma vez que a dose para o bebé através do leite materno é inferior a 10% da dose materna ajustada ao peso, tornando a exposição do bebé baixa a muito baixa (189). No entanto, as considerações individuais devem ser tidas em conta e respeitadas no processo de tomada de decisão. Embora se reconheçam os benefícios para a saúde mental e a relação positiva entre pais e filhos associada ao aleitamento materno, todas as pessoas precisam de ser apoiadas nas suas escolhas relativamente à alimentação do bebé, incluindo o desmame parcial ou completo (187 - 188).

Para mais pormenores sobre o aleitamento materno e a depressão, consulte o RNAO's *Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children* Best Practice Guideline, disponível em https://rnao.ca/bpg/guidelines/breastfeeding-promoting-and-supporting-initiation-exclusivity-and-continuation-breast.

Imigrantes

Uma revisão sistemática das mulheres imigrantes e da depressão pós-parto encontrou uma prevalência de 20%, o que reflete uma probabilidade 1,5 a 2 vezes superior à das mulheres não imigrantes (33). As mulheres imigrantes corriam um risco mais elevado de sofrer de depressão nas seguintes condições: tinham imigrado há menos de dez anos, tinham pouca literacia na língua local, tinham um estatuto socioeconómico baixo, tinham pouco poder de decisão no seio do agregado familiar ou tinham sido vítimas de violência e abuso por parte de um parceiro íntimo. Outros fatores de risco associados à depressão pós-parto entre os imigrantes incluem experiências de estigma, conflitos nas relações familiares, dependência económica, ser mais jovem e ter uma má perceção da própria saúde (185, 190).

Reclusos/as

As grávidas e as pessoas em pós-parto reclusas correm um risco acrescido de sofrer de depressão perinatal; muitas vezes, também sofreram desigualdades sociais, como a falta de abrigo, a toxicodependência, a violência repetida na infância ou na idade adulta ou a pobreza (191). Estima-se que, oito a dez por cento das pessoas reclusas estão grávidas e a maioria cometeu crimes não violentos, muitas vezes motivados pela dependência ou pela pobreza (191 - 192). Um estudo revelou que 80% das mulheres grávidas reclusas sofriam de depressão e estavam socialmente isoladas, com pouco ou nenhum apoio da família ou dos amigos (192).

Muitas pessoas nas prisões não recebem quaisquer acomodações para apoiar uma gravidez saudável, tais como alimentos adicionais, incluindo frutas e legumes, vitaminas pré-natais, um colchão extra ou acesso a aulas de preparação para a parentalidade (191). As pessoas podem não estar preparadas emocional ou legalmente para perder a custódia temporária ou permanente do seu filho, a menos que exista uma unidade de acolhimento de pais e filhos na instituição (191). Podem não ser desenvolvidas ou aplicadas políticas para acomodar as reclusas grávidas, deixando-as mais vulneráveis à depressão (193).

Os enfermeiros que trabalham em estabelecimentos prisionais podem efetivamente prestar cuidados a reclusas grávidas através de estratégias que incluem

- Rastrear a depressão e os fatores de risco associados como parte dos cuidados de rotina.
- Facilitar o encaminhamento para prestadores de cuidados de saúde pré-natais, como um obstetra, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (*midwife*), enfermeiro, médico de família, nutricionista, consultor de lactação ou assistente social.
- Defender e apoiar protocolos que minimizem o uso de restrições ou grilhetas durante o parto para reduzir o risco de depressão e/ou trauma (191).

No período pós-parto, o enfermeiro pode defender ou fornecer as seguintes estratégias:

- Prestar apoio social.
- Facilitar recursos para apoiar a extração de leite materno (quando solicitado).
- Defender a promoção e a proteção dos direitos das pessoas encarceradas, agindo em seu nome e defendendo a justiça social, proporcionando ou facilitando o acesso a intervenções para a depressão perinatal, quando disponíveis (191).

Para mais informações sobre as melhores práticas para as unidades mãe-filho nos estabelecimentos prisionais canadianos, consultar https://icclr.law.ubc.ca/wpcontent/uploads/2017/06/ Guidelines_MCU_26AUG2015.pdf

Povos indígenas

Há falta de evidência sobre os povos indígenas e a depressão perinatal (194). Os dados sugerem que a depressão perinatal é comum entre as mulheres indígenas no Canadá; estima-se que a prevalência seja de 17 a 47% durante a gravidez e de 10 a 30% durante o pós-parto (194). O risco de depressão aumenta ainda mais pelo facto de as mulheres indígenas terem 1,5 vezes mais gravidezes do que as mulheres da população em geral.

É importante contextualizar a depressão perinatal das mulheres indígenas como um importante problema de saúde pública (194- 195). Os povos indígenas enfrentam desafios únicos, com fatores que são complexos, intersectados e multifatoriais (194 - 195). Alguns deles incluem o racismo sistémico, o sexismo, a marginalização, a pobreza, os abusos e os efeitos intergeracionais da colonização (que levam à erradicação das práticas tradicionais) (194 - 195). Alguns povos indígenas são forçados a dar à luz fora das suas comunidades de origem, deixando-os desligados dos seus apoios socioculturais e familiares (194 - 195). Isto resulta em exclusão e isolamento, e contribui para a falta de acesso a serviços e recursos que as colocam em maior risco de depressão perinatal (194 - 195).

Embora existam fatores de risco acrescidos para a depressão perinatal entre os povos indígenas, existem também fatores de proteção positivos que apoiam a sua força e resiliência e podem reduzir o risco (196). Estes incluem o seguinte:

1. Uma mente, um corpo e um espírito saudáveis, incluindo estratégias para lidar com o stress, a espiritualidade e a oração.
2. Relações saudáveis com parceiros íntimos, familiares e membros da comunidade, e prestadores de serviços. Isto inclui apoio emocional e prático.
3. Ambientes saudáveis, incluindo ambientes físicos e sociais positivos, onde as pessoas se sintam seguras e protegidas, com fácil acesso a recursos.
4. Serviços sem barreiras, eficazes e culturalmente seguros que satisfazem as necessidades das pessoas, onde estas se sentem capacitadas e respeitadas.

Os cuidados prestados às mulheres indígenas com depressão perinatal exigem que os enfermeiros e a equipa interprofissional tenham uma forte consciência dos determinantes sociais da saúde, juntamente com competências em matéria de **humildade cultural**[G] e **segurança cultural**[G] (158). Isto pode ser conseguido através da compreensão e da prática reflexiva, o que garantirá melhor a abordagem das disparidades de saúde, a partilha do poder com a pessoa e o acesso aos cuidados (197). As populações indígenas tendem, na investigação, a ser agrupadas numa única categoria de participantes no estudo, sendo necessária uma maior compreensão das necessidades culturais únicas de cada subgrupo (194). No **Apêndice L** (Recursos Adicionais) encontra-se uma lista selecionada de recursos sobre depressão perinatal para mulheres indígenas.

Pessoas lésbicas e bissexuais

Está a surgir investigação sobre a depressão perinatal e os seus fatores de previsão entre lésbicas e bissexuais (198 - 200). Algumas evidências sugerem uma prevalência mais elevada de depressão perinatal entre lésbicas e bissexuais do que entre heterossexuais e a necessidade de serviços de saúde mental e de profissionais de saúde com formação que possam prestar cuidados inclusivos e afirmativos às lésbicas e bissexuais (201). Isto inclui a capacidade de reconhecer os fatores de risco únicos decorrentes da homofobia e da bifobia e a forma como as mulheres lésbicas e bissexuais têm necessidades de cuidados que são simultaneamente semelhantes e diferentes das mulheres heterossexuais. Outros princípios de práticas afirmativas são os seguintes:

- Não partir do princípio de que a pessoa é heterossexual.
- Conhecer a forma como as pessoas lésbicas e bissexuais estabelecem relações e se tornam pais.
- Ter conhecimento dos recursos locais e nacionais que apoiam as pessoas lésbicas e bissexuais enquanto pais.
- Procurar criar um ambiente afirmativo através de medidas como formulários modificados que reconheçam os parceiros do mesmo sexo e incluam a orientação sexual e a expressão do género na declaração de missão e na política de não discriminação da organização (201).

Pessoas com histórias de abuso

Apesar da elevada prevalência na população em geral, existem poucos estudos que examinam a relação entre pessoas com historial de abuso e depressão perinatal e os seus resultados são inconsistentes (202). Por exemplo, uma revisão sistemática da prevalência da depressão pós-parto e de pessoas com historial de abuso demonstrou uma relação significativa (202). Os tipos de maus-tratos identificados incluíam violência física, emocional, sexual e contra parceiros íntimos. Verificou-se que o empoderamento é uma estratégia eficaz para diminuir os sintomas de depressão pré-natal em pessoas que sofreram abuso emocional (202). Em contrapartida, um estudo prospetivo de 2016 não encontrou uma associação significativa entre pessoas com histórias de trauma e depressão pós-parto quando os sintomas foram medidos aos 12 e 24 semanas após o parto (203). Os investigadores concluíram que uma história de depressão antes da gravidez ou durante a gravidez é um fator de risco acrescido para a depressão pós-parto.

Os sintomas de depressão perinatal foram fortemente associados a uma história de violência por parceiro íntimo, mas não foi possível determinar uma relação de causa e efeito (204). As pessoas com depressão provável (ou seja, níveis elevados de sintomas de depressão, medidos pelas pontuações da EPDS) tinham uma probabilidade três a cinco vezes maior de ter uma história de violência por parceiro íntimo durante a idade adulta e durante a gravidez. Os investigadores concluíram que a violência por parceiro íntimo, tal como a depressão pós-parto, é um problema de saúde pública com riscos para a pessoa, o feto, o bebé e outras crianças (quando aplicável). Como tal, é necessário identificar as pessoas em risco de sofrerem ou estarem a sofrer violência por parte do parceiro íntimo e responder adequadamente.

Estão disponíveis mais informações sobre o abuso de mulheres através do BPG *Woman Abuse* da RNAO: *Screening, Identification and Initial Response* (2012), disponível em http://RNAO.ca/bpg/guidelines/woman-abuse-screening-identification-and-initial-_response

Pessoas com deficiência

As evidências relativas à depressão pós-parto em pessoas com deficiências físicas, mentais ou emocionais autodeclaradas são muito limitadas (205). A prevenção, o rastreio frequente e as intervenções de *follow-up* (seguimento) atempadas são reconhecidas como importantes para a saúde e o bem-estar emocional destas pessoas, devido ao maior risco de sintomas de depressão (205 - 206). Um estudo americano que examinou a prevalência da depressão entre pessoas com e sem deficiência concluiu que as pessoas com deficiência apresentavam um risco significativamente mais elevado de depressão pós-parto (205). Estas pessoas tinham também mais probabilidades de ter um apoio social limitado, rendimentos inferiores ao nível federal de pobreza, experiências de violência física durante a gravidez, níveis elevados de stress e complicações médicas.

Pessoas com historial de consumo de substâncias

As pessoas que consomem atualmente substâncias durante o período perinatal - ou que têm um historial de consumo de substâncias - têm um risco acrescido de depressão pré-natal e pós-parto (202). Do mesmo modo, as grávidas que consomem álcool têm uma probabilidade elevada de sofrer de depressão pós-parto, embora haja uma escassez de investigação que examine a relação entre o consumo de substâncias e a depressão (208).

A gravidez pode agravar ainda mais os sintomas de doença mental, incluindo a depressão pré-natal, uma vez que as pessoas podem ter dificuldade em lidar com desafios como os desconfortos físicos da gravidez, o estigma social decorrente do consumo de substâncias e ambivalência em relação à gravidez e à transição para ser pai ou mãe (207). Uma revisão sistemática centrada nas puérperas consumidoras de substâncias encontrou, de forma consistente, taxas elevadas de sintomas de depressão (202).

Para as pessoas com comorbidades de depressão perinatal e dependência, são necessários cuidados coordenados e que integrem questões de saúde mental, consumo de substâncias e trauma (207 - 208). Para as mulheres grávidas ou no período pós-parto com historial de consumo de substâncias, é importante avaliar e intervir na depressão perinatal, uma vez que a falta de tratamento terá resultados adversos para a saúde materna e infantil (207 - 208). Mais informações sobre a intervenção em situações de crise utilizando uma abordagem informada sobre o trauma estão disponíveis no BPG da RNAO *Intervenção em situações de crise para adultos utilizando uma abordagem informada sobre o trauma: Initial Four Weeks of Management* (2017), disponível em http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Crisis_Intervention_FINAL_WEB_April6.pdf

Pessoas com baixos rendimentos

As pessoas com baixos rendimentos e/ou que vivem na pobreza correm um risco desproporcionalmente maior de sofrer de depressão perinatal devido às desigualdades sociais, uma vez que as taxas de depressão pré-natal são o dobro das taxas registadas nas pessoas da classe média (9 - 10, 90, 143).

Além disso, as pessoas socioeconomicamente desfavorecidas enfrentam múltiplas barreiras no acesso aos tratamentos, incluindo as seguintes: barreiras práticas (custo, falta de seguro médico, cuidados infantis, transporte, tempo limitado, localização inacessível da clínica ou prioridades concorrentes); barreiras culturais (língua, insensibilidade do prestador aos valores culturais, estilos de lidar com a situação (por exemplo, espiritualidade) e crenças sobre a depressão); e barreiras psicológicas (experiências negativas anteriores de utilização de serviços ou um sentimento de autossuficiência ou desconfiança dos outros devido a histórias de violência ou abuso na infância ou na idade adulta) (143). Assim, as pessoas que enfrentam estas barreiras podem, compreensivelmente, sentir-se relutantes em procurar ou continuar o tratamento (143).

Os baixos rendimentos e a pobreza são fortes fatores de previsão da depressão (9). Os efeitos adversos da depressão perinatal para a pessoa, o seu bebé e a sua família são elevados devido a fatores de stress como a insuficiência de rendimentos para satisfazer necessidades básicas como habitação, alimentação e bens materiais. Além disso, as pessoas podem ter outros fatores de risco para a depressão (por exemplo, uma história de trauma, violência por parceiro íntimo ou discriminação) que aumentam ainda mais o risco de sintomas de depressão, o que, se se concretizar, leva a mais disparidades na saúde (90).

Para as pessoas que vivem com baixos rendimentos, a depressão perinatal pode não ser detetada (9, 90). Isto pode dever-se à falta de consultas pré-natais ou pós-parto causada por fatores relacionados, como os custos financeiros do transporte ou dos cuidados infantis. Por razões semelhantes, as pessoas que apresentam resultados positivos para o risco de depressão perinatal podem não comparecer às consultas de *follow-up* (seguimento) e não receber tratamento, se indicado. Além disso, podem recear a discriminação ou o estigma se forem identificadas como tendo depressão perinatal.

Uma limitação importante de um instrumento de rastreio da depressão perinatal para pessoas com desigualdades sociais, como os baixos rendimentos, é o facto de o instrumento se centrar apenas nos sintomas de depressão (9). Como tal, os instrumentos de rastreio não incorporam outros fatores relevantes, como as desigualdades sociais, na sua determinação do risco de depressão. Em vez disso, para as pessoas que enfrentam desigualdades sociais, pode ser indicada uma abordagem ao rastreio que inclua o reconhecimento de fatores de risco e barreiras que se cruzam, como os baixos rendimentos. São necessárias abordagens de cuidados abrangentes para a depressão perinatal que reconheçam as necessidades complexas da pessoa; os serviços e apoios de saúde mental, que são multifatoriais e são oferecidos proactivamente com o contributo dos utilizadores consumidores, podem garantir melhor que as necessidades das pessoas e as barreiras aos cuidados sejam abordadas (9). Por exemplo, para além dos serviços de saúde mental e dos apoios para a depressão, um programa pode também fornecer vales de alimentação, bilhetes de autocarro, cuidados infantis no local, apoio e assistência (9).

Refugiados

Em comparação com as mulheres nascidas no Canadá, as refugiadas têm um risco significativamente maior de apresentar sintomas positivos de depressão pós-parto (209). Um **estudo de coorte**[G] prospetivo encontrou uma prevalência de 11% de refugiadas com sintomas de depressão pós-parto, a segunda mais elevada do que a dos requerentes de asilo (209). As refugiadas no período pós-parto apresentavam fatores de risco adicionais para a depressão, incluindo experiências de abuso ou trauma, separação de familiares ou desigualdades sociais (por exemplo, abuso ou trauma, falta de apoio social devido a familiares deixados para trás) ou que sofreram desigualdades sociais (por exemplo, insegurança alimentar, discriminação ou acesso reduzido a cuidados de saúde) (209 - 210). Em resposta a esta situação, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem rastrear regularmente os refugiados para detetar sintomas de depressão e defender um maior acesso aos cuidados de saúde (209). Uma vez que o apoio social e o sentimento de pertença a uma comunidade são identificados como fatores de proteção positivos contra a depressão pós-parto, incentivar o apoio psicossocial também pode ser eficaz.

Pessoas transgénero

As pessoas transgénero incluem aquelas cuja identidade ou expressão de género não corresponde à sua atribuição de género à nascença e que podem identificar-se como não binárias (ou seja, nem masculinas nem femininas) (4). As pessoas transgénero podem estar em maior risco de depressão perinatal devido ao seu contexto social único como indivíduos e como pais (4). Os sintomas de depressão podem agravar-se com o estigma persistente, a transfobia, a discriminação, o julgamento, o bullying ou outras formas de opressão enquanto grávida ou enquanto nova mãe (4, 211). Estes fatores de risco indicam a necessidade de rastreio e tratamento conforme indicado (4). Os enfermeiros e a equipa interprofissional devem manter-se atentos a um risco acrescido de depressão e suicídio para as pessoas transgénero devido a fatores como a falta de apoio social, a discriminação, a agressão, a solidão e a falta de prestadores de cuidados de saúde com formação adequada (211).

Considerações culturais

A compreensão da cultura é importante, uma vez que a depressão perinatal é um problema de saúde mental a nível mundial (212). A prevalência da depressão perinatal varia muito consoante as culturas, de 0 a 60 por cento (213). São citadas taxas de prevalência muito baixas em países como a Malásia, Malta, Áustria e Dinamarca (213); em contrapartida, é referida uma elevada prevalência de depressão perinatal em países como o Brasil, Itália, Chile, Costa Rica e África do Sul (213). De um modo geral, são necessários mais conhecimentos para compreender melhor a prevalência, a experiência e as necessidades das grávidas e puérperas com depressão perinatal a nível mundial.

Os sintomas de depressão são expressos de forma diferente consoante as culturas, variando o significado dado à depressão pelas pessoas e pela sua comunidade (213). Por exemplo, algumas culturas não têm palavras para designar a depressão perinatal (214). Nas culturas que têm relutância em comunicar os sintomas, podem ser utilizadas pontuações de corte mais baixas para os instrumentos de rastreio. É essencial que, quando se utiliza um instrumento de despistagem da depressão perinatal, este tenha sido validado na língua falada e lida pela pessoa (quando aplicável) (61, 213). Por exemplo, a EPDS foi traduzida em várias línguas (por exemplo, chinês, neerlandês, francês e punjabi) (215). Ver no **Apêndice J** a tradução francesa deste instrumento de rastreio.

Embora a depressão perinatal tenha características semelhantes em todo o mundo, pode haver diferenças na perceção e nas experiências de depressão que estão enraizadas na cultura (208, 216). A cultura pode moldar variáveis como a forma como são definidos os papéis, os apoios comunitários e os rituais, bem como o estatuto e a importância atribuídos à saúde mental (216). Isto sugere uma associação entre a depressão perinatal e fatores culturais que podem atenuar, neutralizar ou aumentar o risco (212). Por exemplo, as pessoas dos países em desenvolvimento, onde os problemas psicológicos são frequentemente ignorados, não procuram tratamento (216).

Nas culturas tradicionais, definidas nas evidências como aquelas em que a reprodução é da maior importância e em que o facto de se ser pai ou mãe confere um estatuto à pessoa, pode haver pouca aceitação da doença mental e da depressão perinatal e as taxas de prevalência registadas são baixas (217). As culturas tradicionais podem ser um fator de proteção contra os sintomas de depressão perinatal devido a uma forte prática religiosa e fé ou a papéis sociais claros e distintos nas famílias e comunidades (212, 216). No entanto, os laços estreitos entre uma família e uma comunidade também podem exacerbar os sintomas de depressão nos casos em que as pessoas sentem vergonha, culpa ou incompetência no seu papel de pais (212).

As sociedades ocidentais promovem a responsabilidade individualista; como tal, as grávidas e as puérperas podem sofrer de isolamento social relacionado com a urbanização e a fragmentação das famílias (216). Este facto pode predispor as pessoas a um maior risco de depressão (216). Uma mudança de atenção para o bebé no pós-parto e menos para a pessoa pode ser outro fator de risco relacionado com a cultura ocidental.

Em resposta, é importante que os enfermeiros e a equipa interprofissional integrem uma abordagem culturalmente sensível e tenham consciência da cultura da pessoa e do seu efeito no tratamento e recuperação da depressão perinatal (212). As pessoas, as suas famílias e as comunidades precisam de estar conscientes da depressão perinatal e da forma como os fatores culturais podem criar desafios ou oportunidades para os cuidados da depressão perinatal. Esta consciencialização pode ajudar as pessoas, especialmente as mulheres de culturas tradicionais a sentirem-se apoiadas para procurar e utilizar serviços e apoios para a depressão perinatal, quando necessário (212). A educação sobre os sintomas da depressão pode contribuir para o reconhecimento da depressão perinatal como um grave problema de saúde (216).

Depressão perinatal em parceiros masculinos

Os parceiros masculinos também podem sofrer de depressão paterna ou do parceiro durante o período perinatal (218). A prevalência estimada é de 10%, mas é frequentemente subestimada; outras fontes referem uma prevalência de até 25% (218 - 219). O fator de previsão mais forte da depressão paterna é o facto de a parceira ter sofrido uma depressão perinatal ou ter um historial pessoal de depressão ou ansiedade. Outros fatores de risco identificados nas evidências incluem o desemprego, a falta de apoio social, a idade avançada, os fatores de stress financeiro, a incongruência entre as expectativas e as realidades parentais e sentimentos de exclusão da ligação com o bebé. O impacto da depressão paterna inclui uma relação negativa com a companheira, com o bebé e com os outros filhos, quando aplicável. O desempenho profissional também pode ser afetado negativamente (218 - 219).

A EPDS tem sido reconhecida como um instrumento de rastreio adequado para a depressão paterna, mas com uma pontuação de corte mais baixa, em comparação com os níveis maternos. Isto deve-se às diferenças de género na expressão dos sintomas de depressão; em particular, o choro não é frequentemente relatado pelos pais e, como tal, reduz a sua pontuação total na EPDS (218 - 219).

Os sinais e sintomas de depressão paterna podem incluir uma maior probabilidade de bater no filho, consumir álcool e/ou drogas, manifestar raiva e cinismo e apresentar sintomas somáticos, incluindo dores de cabeça, insónias ou náuseas (218 - 219).

Para além do rastreio, a prevenção e as intervenções são indicadas com base nas evidências. As estratégias de prevenção que se revelaram eficazes incluem a educação e a participação em grupos de apoio, em especial com um facilitador do sexo masculino. As intervenções para a depressão paterna incluem a TCC, a terapia de grupo e o apoio dos pares (218 - 219).

As evidências apoiam a necessidade de reconhecimento, avaliação, educação (incluindo orientação antecipatória), prevenção, tratamento e avaliação da depressão paterna (218 - 219). A licença paternal remunerada e os serviços de saúde mental para a depressão paternal também são indicados para promover melhores resultados para o pai e a unidade familiar (218 - 219).

Como estratégia de prevenção, uma análise de escopo sobre a promoção da saúde mental pós-parto nos pais, utilizando medidas adaptadas e específicas para cada género, inclui as seguintes recomendações:

- Organizar ou facilitar o acesso a sessões pós-parto dirigidas aos pais em horários que se adaptem aos horários de trabalho, sempre que possível, para incentivar a participação.
- Oferecer sessões centradas no pai para melhorar a sua relação e proporcionar um ambiente que promova o apoio dos pares.
- Oferecer sessões educativas utilizando formatos de grupo menos formais e mais práticos, uma vez que as evidências sugerem que estes são preferidos pelos pais como um ambiente de aprendizagem. Os tópicos podem incluir cuidados com o bebé, atividades para reduzir o stress e um estilo de vida saudável.
- Promover recursos online e entre pares, especialmente para pais pela primeira vez (220).

Apêndice E: Exemplos de instrumentos de rastreio da depressão perinatal

Os instrumentos de rastreio da depressão perinatal incluídos na **Tabela 13** são alguns dos que foram identificados na literatura baseada em evidências, mas a lista não é exaustiva. A tabela apresenta uma descrição dos componentes de cada instrumento de rastreio e indica se este é específico para a depressão perinatal.

Os componentes dos instrumentos de rastreio da depressão perinatal variam (56). Muitos instrumentos de rastreio incluem uma série de afirmações que refletem diferentes sinais ou sintomas de depressão, sendo pedido às pessoas que classifiquem os seus sintomas. Por exemplo, o EPDS pode ser utilizado para determinar o risco acrescido de depressão e utiliza uma lista de sintomas autoavaliados, incluindo sentimentos de culpa, desespero, tristeza, falta de concentração, irritabilidade, perda de interesse nas atividades habituais, pensamentos de automutilação ou suicídio, bem como sintomas físicos como fadiga e alterações do apetite (56). Uma síntese das evidências sobre a depressão pós-parto que incluiu uma análise de valor considerou que a utilização da EPDS era benéfica, resultando numa melhoria da saúde mental em comparação com os cuidados habituais, embora todos os estudos não tenham demonstrado significância estatística (59).

Os instrumentos de rastreio apoiam os enfermeiros e a equipa interprofissional na obtenção de informações clínicas específicas sobre os possíveis sintomas de depressão da pessoa. Estas, por sua vez, informam os passos seguintes da avaliação e do desenvolvimento do plano de cuidados em conjunto com a pessoa. É importante referir que os instrumentos de rastreio enumeradas nunca são de natureza diagnóstica. Nos casos em que o enfermeiro ou membro da equipa interprofissional não esteja familiarizado com uma ferramenta, o painel de peritos recomenda que o profissional procure o apoio adequado na sua organização ou consulte um especialista.

Tabela 13: Exemplos de instrumentos de rastreio da depressão perinatal

FERRAMENTA DE RASTREIO	DESCRIÇÃO	ESPECÍFICOS DA DEPRESSÃO PERINATAL?
***Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987)**	■ Amplamente recomendado como instrumento de rastreio de primeira fase. ■ O instrumento mais utilizado para o rastreio da depressão perinatal. ■ Uma escala de 10 itens que pede às pessoas que classifiquem os sintomas emocionais depressivos nos últimos sete dias. ■ Foi validado para utilização em grávidas e puérperas até um ano após o parto. ■ A pontuação total reflete a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. ■ Uma pontuação total de 9 - 10 tem um valor preditivo positivo (VPP) (ou seja, a proporção de resultados positivos e negativos nas estatísticas que são verdadeiros resultados positivos e verdadeiros resultados negativos) de 9 - 64 por cento para a depressão major; uma pontuação total de 12 - 13 tem um VPP de 17 - 100 por cento (SIGN, 2012, p. 13). ■ Disponível ao público sem qualquer custo. ■ Escrito para um nível de ensino do terceiro ano. ■ Testado em várias culturas para determinar as pontuações de corte e os níveis de sensibilidade e especificidade associados. ■ Traduzido em várias línguas. ■ Inclui três itens - (i.e., culpar-se desnecessariamente, ter estado ansioso ou preocupado sem razão válida, e ter-se sentido assustado ou em pânico sem razão válida) - que foram validados como uma subescala para a ansiedade (Birmingham et al., 2011). Verifica-se que estes mesmos três itens têm um desempenho tão bom como o ecrã completo, com 100% de sensibilidade como um ecrã modificado e condensado, com base nos resultados de um **estudo transversal**[G] (54). ■ Ver **Apêndices I**, **J** e **K** para a ferramenta EPDS, a tradução francesa e a administração e interpretação da ferramenta.	■ SIM ■ Pode ser utilizado para despistar a depressão pré-natal e pós-parto

FERRAMENTA DE RASTREIO	DESCRIÇÃO	ESPECÍFICOS DA DEPRESSÃO PERINATAL?
Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Steer, Brown, 1996)	■ Uma ferramenta de rastreio autorrelatada com 21 itens para avaliar os sintomas e a gravidade dos sintomas nas duas semanas anteriores. ■ Os sintomas são classificados em categorias de mínimo/leve/moderado/grave para refletir a intensidade. ■ Validado. ■ Apresenta uma sensibilidade de 100 por cento para captar todas as pessoas em risco acrescido. ■ Deve ser comprado para aceder. ■ Disponível numa variedade de línguas, incluindo inglês, chinês, alemão e japonês	■ NÃO ■ Mede os sintomas gerais de depressão
Centre for Epidemiological Studies–Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977)	■ Um questionário estruturado e autoadministrado com 20 itens e uma escala de tipo Likert para medir a frequência dos sintomas de depressão. ■ Utilizado habitualmente durante a gravidez.	■ NÃO ■ Mede os sintomas gerais de depressão
Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).	■ Um instrumento de rastreio validado para a depressão com elevada sensibilidade e especificidade em grávidas e puérperas. ■ O instrumento mede a gravidade dos sintomas depressivos, indicada pela pontuação total, com as seguintes categorias: mínima (pontuação 1-4), ligeira (pontuação 5-9), moderada (pontuação 10 - 14), moderadamente grave (pontuação 15 - 19) e grave (20 - 27).	■ NÃO ■ Mede os sintomas gerais de depressão
Postpartum Depression Screening Scale™ (Beck & Gable, 2002)	■ Uma escala de autoavaliação de 35 itens que abrange 7 domínios diferentes (sono e apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, perda de autoestima, perturbações cognitivas, culpa/vergonha e pensamentos suicidas). ■ Também está disponível uma escala abreviada de 7 itens. ■ Uma ferramenta de rastreio eficaz para identificar a depressão pós-parto e o nível de sintomas de depressão. ■ Inclui preocupações introspetivas (por exemplo, autoestima, culpa e vergonha)	■ SIM, ■ Apenas para a depressão pós-parto

FERRAMENTA DE RASTREIO	DESCRIÇÃO	ESPECÍFICOS DA DEPRESSÃO PERINATAL?
Whooley Scale (Whooley, Avins, Miranda, & Browndner, 1997)	■ Utilizado como uma primeira fase para identificar a depressão perinatal. ■ Uma escala binária de duas perguntas (Sim / Não) para despistar a depressão perinatal, com uma pergunta de seguimento (Pergunta 3) no caso de a pessoa indicar "Sim" a qualquer uma das duas primeiras perguntas. ■ **Pergunta 1:** Durante o mês passado, sentiu-se frequentemente deprimido, desanimado ou sem esperança? ■ **Pergunta 2:** Durante o mês passado, sentiu-se frequentemente incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas? □ No caso de a pessoa responder "sim" a qualquer uma destas perguntas, pode ser feita uma terceira pergunta do seguinte modo ■ **Pergunta 3:** Sente que precisa ou quer ajuda para este assunto? ■ Tem uma sensibilidade elevada e uma especificidade moderada. ■ Capaz de excluir a depressão para aqueles que respondem "Não" a ambas as perguntas. ■ Considera-se um rastreio positivo de depressão se a pessoa responder afirmativamente a uma ou ambas as primeiras duas perguntas.	■ NÃO ■ Mede os sintomas gerais de depressão

Fontes: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Deteção de depressão pós-natal. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150:782-786; Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2009; Radloff LS. The CES-D Scale: Uma escala de depressão de autorrelato para investigação na população em geral. Applied Psychol Measurement. 1977;1(3):385-401; Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16;606-613; Beck C, Gable RK. Escala de triagem de depressão pós-parto ™ (PDSS ™). Torrance, CA: Western Psychological Services (WPS); 2002; Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression: Duas perguntas são tão boas como muitas. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439-445.

Apêndice F: Exemplos de instrumentos de avaliação da depressão perinatal

Os exemplos de instrumentos de avaliação da depressão perinatal variam de acordo com as evidências (40, 56, 65). Estes instrumentos foram desenvolvidos para avaliar as grávidas quanto à presença de fatores de risco psicossociais associados a perturbações de saúde mental perinatais, incluindo a depressão (65). No entanto, não existem evidências suficientes que apoiem ou refutem a utilização de um instrumento de avaliação psicossocial na avaliação da depressão perinatal (40). A **Tabela 14** apresenta exemplos de instrumentos de avaliação.

Tabela 14: Exemplos de instrumentos de avaliação da depressão perinatal

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	DESCRIÇÃO	ESPECÍFICOS DA DEPRESSÃO PERINATAL?
Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) Scale (Spitzer, Kroenke, Williams, Lowe, 2006).	■ Avalia os sintomas e a gravidade da ansiedade nas duas últimas semanas. ■ A ansiedade pode ser um componente dos sintomas de depressão. Disponível em: https://patient.info/doctor/generalised-anxiety-disorder-assessment-gad-7	■ NÃO ■ Mede os sintomas gerais de ansiedade
The Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) (Reid, Biringer, Carroll, et al., 1998).	■ Avalia os seguintes fatores: 1. a família da pessoa, 2. a sua história clínica, 3. consumo de substâncias, e 4. historial de violência familiar. ■ Disponível em: http://www.cmaj.ca/content/cmaj/159/6/677.full.pdf e https://ocfp.on.ca/docs/default-source/cme/alpha_formfeac6c2a6831.pdf?sfvrsn=0	■ SIM ■ Mede os fatores de risco psicossociais para a doença mental ■ Para utilizar durante o período pré-natal

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	DESCRIÇÃO	ESPECÍFICOS DA DEPRESSÃO PERINATAL?
The Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) Self-report Questionnaire for Women (Reid, Biringer, Carroll, et al., 1998).	■ O Questionário ALPHA de autorrelato avalia os seguintes fatores: 1. a vida familiar da pessoa (por exemplo, fatores familiares, tensões recentes deixadas e relação com o parceiro), e 2. a sua própria vida (por exemplo, sentimentos em relação à gravidez, relação com o parceiro e com os pais, sentimentos em relação a ser pai ou mãe e a criar um filho, saúde emocional e consumo de álcool e drogas). ■ A ferramenta ALPHA tem uma sensibilidade baixa e não é capaz de prever a depressão na maioria das pessoas. No entanto, pode facilitar a comunicação com as pessoas relativamente a questões pessoais e, por conseguinte, melhorar os resultados dos cuidados clínicos. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/11cd/5aa10ba7be0c03214c09ac451d79d5fa3ff9.pdf	■ SIM ■ Mede os fatores de risco psicossociais para a doença mental ■ Para utilizar durante o período pré-natal
The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) (Austin, Colton, Priest, et al., 2013).	■ Uma ferramenta psicossocial autorrelatada altamente aceitável que, quando utilizada em combinação com uma ferramenta de rastreio baseada em sintomas (por exemplo, EPDS), pode ser útil para a identificação precoce do risco de doença mental. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21764399	■ SIM ■ Válido para utilização durante a gravidez, mas não no pós-parto

Fontes: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613; Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med. 2006;166:1092-1097; Reid AJ, Biringer JD, Carroll D, et al. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. CMAJ. 1998;159(6):677-684; Austin MP, Colton J, Priest S, et al. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. Women Birth. 2013;26:17-25.

- Para apoiar o diagnóstico da depressão perinatal como uma perturbação depressiva major com início no periparto, a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-5 (SCID-5) é administrada por profissionais de saúde mental com formação e familiarizados com os critérios de diagnóstico do DSM-5 (29). O SCID-5 é um guia de entrevista semiestruturado e está disponível para aquisição através da American Psychiatric Association (29).

Apêndice G: Considerações para a seleção de um instrumento de rastreio da depressão perinatal

As organizações de cuidados de saúde têm de determinar qual o instrumento de rastreio a utilizar para a depressão perinatal no contexto da prática clínica, de modo a poderem identificar e monitorizar os sintomas de forma consistente durante o rastreio. No **Apêndice E** (Exemplos de instrumentos de rastreio da depressão perinatal) são apresentados exemplos de instrumentos de rastreio da literatura utilizados na deteção da depressão perinatal.

Para rastrear eficazmente a depressão perinatal, os enfermeiros e a equipa interprofissional devem utilizar instrumentos de rastreio reconhecidas pela sua **fiabilidade**[G] e validade, e que tenham sido adaptadas para detetar sintomas de depressão durante a gravidez ou no pós-parto (53, 61, 221). No **Apêndice E** são apresentados exemplos de instrumentos de rastreio frequentemente identificadas nas evidências revistas; estas refletem instrumentos concebidas para serem utilizadas durante o período perinatal ou ao longo da vida adulta.

As seguintes considerações são fundamentais para avaliar a adequação dos instrumentos de rastreio da depressão perinatal a uma organização: âmbito, pontuação de corte, momento do rastreio, viabilidade e aceitabilidade.

Âmbito de aplicação

De um modo geral, as pontuações de muitos instrumentos de rastreio não se correlacionam com um grau de gravidade da doença, uma vez que isso está fora do âmbito do instrumento. Em vez disso, a pontuação total - tal como se relaciona com a pontuação de corte - é uma medida da probabilidade de depressão, sendo que pontuações mais elevadas sugerem um risco acrescido e a necessidade de uma avaliação ou *follow-up* (seguimento) adicionais (214). **Um rastreio é apenas uma ferramenta: nunca substitui o julgamento clínico.**

Pontuação de corte

Todos os instrumentos de rastreio têm uma pontuação de corte correspondente que indica um resultado positivo ou negativo e se está indicada uma avaliação adicional (61). Os utilizadores dos instrumentos de rastreio devem ter em conta a forma como as pontuações de corte influenciam os resultados. De um modo geral, as pontuações de corte ou os limiares mais elevados demonstram geralmente uma maior sensibilidade, sendo mais provável que sejam identificadas as pessoas que correm um risco acrescido. Inversamente, os instrumentos de rastreio com pontuações de corte baixas têm uma tendência para falsos positivos mais elevados, em que as pessoas que não estão em risco aumentado têm mais probabilidades de serem rastreadas acima da pontuação de corte e de serem recomendadas para uma avaliação ou tratamento posterior (61). As variações nas taxas de sensibilidade (ou seja, verdadeiros positivos) e especificidade (ou seja, verdadeiros negativos) dos instrumentos de rastreio da depressão perinatal refletem diferenças na metodologia, nos limiares de corte, nos critérios de diagnóstico e no momento da intervenção (214).

Os falsos positivos são reconhecidos como preocupantes para as pessoas, os enfermeiros e a equipa interprofissional. As pessoas podem ser erroneamente identificadas como deprimidas, receber tratamentos desnecessários e sentir-se estigmatizadas. Isto resulta numa procura acrescida de serviços e apoios de saúde mental e subsequentes tempos de espera mais longos (61).

O tempo do ecrã

As evidências que examinam a frequência e o momento ideais para o rastreio da depressão perinatal são limitadas e os resultados são inconsistentes, tal como indicado pelos exemplos das seguintes organizações:

- A Canadian Pediatric Society (CPS) recomenda que os médicos se mantenham atentos a quaisquer sinais de depressão pós-parto e incentivem os pais a contactar o seu prestador de cuidados primários ou os serviços e apoios de saúde mental (225). Esta abordagem reflete a falta de consenso da CPS sobre os critérios de rastreio ou a ferramenta de rastreio e as preocupações relativas ao potencial peso dos falsos positivos, aos benefícios limitados do rastreio apenas àqueles que têm acesso a tratamento e à falta de benefícios sustentados estabelecidos na evidência.
- A American Academy of Pediatricians (AAP) apoia o rastreio de rotina dos fatores de risco e de proteção da depressão pós-parto (224). A AAP reconhece que os pediatras têm uma relação longitudinal com as famílias, prestando-lhes cuidados durante muitos anos e proporcionando-lhes múltiplas oportunidades de rastreio para apoiar o desenvolvimento saudável da criança (224).
- O Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda o rastreio de rotina da depressão pelo menos uma vez durante o período perinatal, utilizando um instrumento normalizado validado (223).

Os exemplos das evidências também refletem diversas abordagens relativamente ao momento e à frequência do rastreio. Estes incluem:

- De acordo com a diretriz da SIGN *Management of Perinatal Mood Disorders (Gestão das Perturbações do Humor Perinatais)*, recomenda-se o rastreio regular dos sintomas de depressão pós-parto na primeira consulta, às quatro a seis semanas e aos três a quatro meses (62). Isto permite efetuar vários rastreios e dar oportunidade às pessoas de revelarem quaisquer preocupações que tenham relativamente a alterações de humor e de identificarem as que desenvolvem sintomas de depressão durante o período pós-parto.
- Um estudo longitudinal que examinou a prevalência da depressão pós-parto durante os primeiros doze meses concluiu que o rastreio mensal era benéfico (226). A taxa mais elevada de rastreios positivos registou-se entre os seis e os doze meses, sendo a prevalência mais elevada aos doze meses. Em consonância com outros estudos, os fatores de previsão de um rastreio positivo da depressão pós-parto foram os baixos níveis de rendimento e de escolaridade.
- Um estudo para determinar o momento ideal para o rastreio da depressão perinatal, a fim de facilitar o encaminhamento atempado e o acesso a serviços e apoios, concluiu que o rastreio imediatamente após o nascimento, em comparação com o rastreio pré-natal ou às seis semanas após o parto, era mais eficaz, uma vez que as participantes no estudo ainda estavam internadas em unidades de cuidados intensivos após o nascimento e ainda não tinham recebido alta (53). Em instalações de cuidados de saúde não-terciários que não dispõem de serviços e apoios de saúde mental no local, os investigadores recomendaram o desenvolvimento de um algoritmo de rastreio e a implementação de um rastreio regular da depressão perinatal às 36 semanas, após o parto, e às duas e seis semanas pós-parto, para otimizar a deteção da depressão nas mulheres em risco.

Apesar destes resultados, são necessárias mais evidências empíricas para determinar as melhores práticas relativamente ao momento de rastreio da depressão perinatal.

Viabilidade e aceitabilidade do rastreio da depressão perinatal

A viabilidade do rastreio da depressão perinatal está bem documentada nas evidências obtidas numa variedade de contextos clínicos, incluindo cuidados primários e agudos, centros de saúde comunitários e unidades de saúde pública (59, 227 - 228). O domicílio de uma pessoa é outro local possível para o rastreio, com serviços e apoios prestados em diferentes formatos, como pessoalmente, por telefone, através da Internet e através de questionários enviados por correio, desde que haja tempo disponível, espaço, privacidade e *follow-up* (seguimento) adequado, quando indicado (58, 227 - 229). O local de residência de uma pessoa pode ser preferido para o rastreio em vez de uma clínica, que pode ser um ambiente apressado e menos privado, sugerindo que a localização pode influenciar a aceitabilidade (230).

O rastreio é considerado globalmente aceitável para a maioria das grávidas e puérperas, para os membros da equipa interprofissional e para o público em geral, quando é realizado por prestadores de cuidados de saúde com formação e compaixão e quando são utilizados instrumentos de rastreio válidos (5, 227, 230). O rastreio universal é visto como uma estratégia para reduzir o estigma associado à doença mental após a sua deteção (227). A aceitação do rastreio reconhece a depressão perinatal como uma doença mental que pode ser tratada e que afeta a pessoa e a sua família. Outros resultados secundários positivos do rastreio incluem uma maior sensibilização para a depressão perinatal, a redução do estigma em relação a esta doença e o reconhecimento da oportunidade de falar sobre as reações emocionais ao facto de se tornar pai ou mãe e à transição de papéis (230). No entanto, outras pessoas podem preferir a opção de abordagens flexíveis para revelar quaisquer preocupações relativas à saúde emocional (em vez de terem de preencher um instrumento de rastreio específico num determinado momento dos cuidados), uma vez que a abordagem de utilizar apenas um instrumento de rastreio pode ser vista como um obstáculo ao acesso a cuidados e recursos de *follow-up* (seguimento) (227).

A aceitabilidade do rastreio foi também influenciada pela abordagem adotada pelo profissional de saúde (230). As seguintes abordagens foram consideradas benéficas:

- Reconhecimento de que o rastreio não é apenas a administração do instrumento, mas sim um mecanismo para discutir mais amplamente a depressão perinatal.
- Prestadores de cuidados de saúde que sejam sensíveis às necessidades da pessoa que está a preencher o rastreio e que não sejam intimidantes ou críticos e que garantam tempo suficiente para a discussão.
- Prestadores de cuidados de saúde que explicam a razão de ser do rastreio.
- Os resultados do rastreio da pessoa são explicados e as avaliações de *follow-up* (seguimento) e os encaminhamentos indicados são acessíveis e efetuados em tempo útil.

Appendix H: Responding to an Identified Risk of Maternal Suicide

A ideação suicida deve fazer parte de uma avaliação da depressão perinatal. Isto inclui quaisquer pensamentos suicidas ativos (por exemplo, pensamentos sobre magoar-se a si própria) ou passivos (por exemplo, pensamentos de ir dormir e não acordar). A ideação homicida (ou seja, pensamentos, considerações ou planos de matar outra pessoa) também deve ser explorada.
Se for identificada uma ideação suicida ou homicida, é necessária uma avaliação psiquiátrica de emergência (231). A morte por suicídio no período perinatal é uma causa de mortalidade mais comum do que a hemorragia pós-parto ou os distúrbios hipertensivos; até 11 por 100.000 nascimentos (231).

A avaliação do risco de suicídio pode incluir os seguintes elementos:

- Perguntas sobre o acesso da pessoa a armas.
- Consumo atual de drogas ou álcool.
- Planos imediatos de automutilação.
- Historial das tentativas de suicídio da pessoa (143).
- Os resultados de uma avaliação do suicídio podem determinar o nível de risco e indicar quando está indicada uma consulta urgente com um especialista em saúde mental. São necessários protocolos para cada nível (143). Nos casos em que uma pessoa comunica um risco de suicídio, este deve ser imediatamente comunicado ao profissional de saúde que efetuou o rastreio (se não for a mesma pessoa) (143).

A **Figura 6** apresenta alguns princípios gerais para responder a pensamentos ou ideações suicidas. Os cuidados e as vias de encaminhamento devem ser adaptados às circunstâncias individuais e aos recursos locais, e devem ser informados por critérios clínicos. Recursos adicionais e recomendações de melhores práticas podem ser encontrados no RNAO BPG 2009 *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*, disponível em http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour

Figura 6: Resposta a um risco identificado de suicídio materno

Fonte: Adaptado de Beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis-in the perinatal period. Uma diretriz para profissionais de saúde dos cuidados primários. Melbourne (AU): Beyondblue; 2011, p. 32.

Apêndice I: Edinburgh Postnatal Depression Scale

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today.

Here is an example, already completed:
I have felt happy:

❒ Yes, all the time
☒ Yes, most of the time
❒ No, not very often
❒ No, not at all

This would mean "I have felt happy most of the time" during the past week. Please complete the other questions in the same way.

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things:
- ☐ As much as I always could
- ☐ Not quite so much now
- ☐ Definitely not so much
- ☐ Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things:
- ☐ As much as I ever did
- ☐ Rather less than I used to
- ☐ Definitely less than I used to
- ☐ Hardly at all

***3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong:**
- ☐ Yes, most of the time
- ☐ Yes, some of the time
- ☐ Not very often
- ☐ No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason:
- ☐ No, not at all
- ☐ Hardly ever
- ☐ Yes, sometimes
- ☐ Yes, very often

***5. I have felt scared or panicky for no very good reason:**
- ☐ Yes, quite a lot
- ☐ Yes, sometimes
- ☐ No, not much
- ☐ No, not at all

***6. Things have been getting on top of me:**
- ☐ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
- ☐ Yes, sometimes haven't been coping as well as usual
- ☐ No, most of the time I have coped quite well
- ☐ No, I have been coping as well as ever

***7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping:**
- ☐ Yes, most of the time
- ☐ Yes, sometimes
- ☐ Not very often
- ☐ No, not at all

***8. I have felt sad or miserable:**
- ☐ Yes, most of the time
- ☐ Yes, quite often
- ☐ Not very often
- ☐ No, not at all

***9. I have been so unhappy that I have been crying:**
- ☐ Yes, most of the time
- ☐ Yes, quite often
- ☐ Only occasionally
- ☐ No, never

***10. The thought of harming myself has occurred to me:**
- ☐ Yes, quite a lot
- ☐ Yes, sometimes
- ☐ No, not much
- ☐ No, not at all

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Apêndice J: Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.
Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.
Obrigado.

Nos últimos 7 dias

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como dantes
- ☐ 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

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Apêndice K: Administração e interpretação da Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de depressão pós-natal de Edimburgo)

A EPDS pode ser aplicada a mulheres grávidas ou que tenham tido um bebé no último ano e que tenham sido identificadas com sintomas depressivos, quer subjetiva quer objetivamente.

Instruções para aplicação da EPDS:

1. A EPDS pode ser aplicada pessoalmente.
2. Devem ser feitos esforços para que a mãe preencha a escala sozinha, onde ela sinta que pode responder às perguntas honestamente.
3. As mães podem necessitar de ajuda com a EPDS se tiverem capacidades limitadas de leitura ou de compreensão da língua inglesa.
4. Todos os 10 itens do questionário devem ser preenchidos.
5. A mãe ou o profissional de saúde deve assinalar a caixa da resposta que melhor descreve os sentimentos da mãe na última semana.
6. A EPDS pode ser aplicada em qualquer altura durante a gravidez e no prazo de um ano após o parto.

Exemplos de frases introdutórias

Por favor, seja tão aberta e honesta quanto possível ao responder a estas perguntas. Não é fácil ser uma nova mãe e não há problema em sentir-se infeliz por vezes. Como teve recentemente um novo bebé, gostaríamos de saber como se está a sentir. Por favor, indique a resposta que mais se aproxima da forma como se sentiu nos últimos dias e não apenas como se sente hoje.

Pontuação da EPDS

Cada resposta é classificada com 0, 1, 2 ou 3, com base na gravidade crescente dos sintomas. Calcule a pontuação total somando cada um dos 10 itens.

QUESTÕES 1,2, & 4 (sem um *) são pontuadas 0, 1, 2 ou 3 com a caixa superior pontuada como 0 e a caixa inferior pontuada como 3.

QUESTÕES 3, 5 - 10 (assinaladas com um *) são pontuados ao contrário, com a caixa superior pontuada como 3 e a caixa inferior pontuada como:

Pontuação máxima: 30
Ver sempre o item **10** (pensamentos suicidas)

Interpretação da EPDS

1. A pontuação da EPDS deve ser considerada em conjunto com a avaliação do profissional de saúde.
2. Uma pontuação igual ou superior a 13 indica a presença provável de sintomas depressivos.
3. Uma pontuação de 10 ou mais indica uma possível depressão.
4. A pontuação não reflete a gravidade dos sintomas.
5. Tenha cuidado ao interpretar a pontuação das mães que não falam inglês e/ou utilizam o inglês como língua adicional ou são multiculturais.
6. Se uma mãe obtiver uma pontuação positiva (1, 2 ou 3) no item 10 relativo à automutilação, deve ser imediatamente efetuada uma avaliação mais aprofundada da ideação de automutilação. Consulte o **Apêndice H (Resposta a um risco identificado de suicídio materno)** para obter exemplos de intervenções em resposta a um risco de suicídio identificado.
7. Os itens 3, 4 e 5 (ou seja, culpar-se desnecessariamente, estar ansiosa ou preocupada sem razão aparente e sentir-se assustada ou em pânico sem razão aparente) são validados como uma subescala para a ansiedade.
8. Seguir o protocolo da agência/instituição relativamente às pontuações.
9. Lembre-se de que a EPDS é apenas um instrumento, se o seu julgamento clínico indicar algo diferente do que indica a EPDS, continue com o *follow-up* (seguimento) conforme indicado pela avaliação. A pontuação da EPDS deve ser considerada em combinação com a avaliação do profissional de saúde.

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Apêndice L: Recursos adicionais

A lista que se segue não é uma lista exaustiva de recursos, mas sim uma seleção de recursos identificados na revisão sistemática, nos guias orientadores aprovados pelo AGREE II e pelo painel de peritos ou pelo feedback de *stakeholders* (partes interessadas) externos. A inclusão nesta lista não constitui um aval da RNAO.

As ligações a sítios Web externos à RNAO são fornecidas apenas para fins informativos e estão atualizadas à data da publicação. A RNAO não é responsável pela qualidade, exatidão, fiabilidade ou atualidade das informações fornecidas através destas fontes. Para além disso, a RNAO não determinou até que ponto estes recursos foram avaliados. As questões relacionadas com estes recursos devem ser dirigidas à fonte.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	
Registered Nurses' Association of Ontario. Policy and political action. Social determinants of health. [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.	www.rnao.ca/sdh
Centre for Effective Practice. Poverty: A clinical tool for primary care providers [Internet]. [place unknown]: Centre for Effective Practice; 2016.	https://thewellhealth.ca/poverty/
Canadian Centre on Substance Abuse. Trauma-informed care toolkit [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Centre on Substance Abuse; 2014.	http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-en.pdf#search=trauma%20informed%20toolkit
CUIDADOS INDÍGENAS	
BC Reproductive Mental Health Program. Celebrating the circle of life: Coming back to balance and harmony [Internet]. Vancouver (BC): BC Reproductive Mental Health Program; 2011.	http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/Aboriginal/CircleOfLife/CircleOfLife_Intro.PDF
Aboriginal Health Initiative Committee. First Nations, Inuit, and Métis maternal health. In: Aboriginal Health Initiative Committee. Health professionals working with First Nations, Inuit, and Métis consensus guideline. J Obstet Gynecol Canada. 2013;6(35):S33-S36. https://sogc.org/files/HealthProfessionalsWorkingWithFirstNations,Inuit,andMetisConsensusGuideline2013.pdf	

CUIDADOS INDÍGENAS	
Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. Ontario Indigenous Cultural Safety Program. Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre [Internet]. Owen Sound (ON): Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre; 2014.	http://soahac.on.ca/ICS-training/
CUIDADOS A PRESTAR AOS RECÉM-CHEGADOS AO CANADÁ	
Best Start Resource Centre. Giving birth in a new land: Strategies for service providers working with newcomers [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Center; 2009.	https://www.beststart.org/resources/rep_health/Newcomer_%20Guide_Final.pdf
Best Start Resource Centre. Growing up in a new land. Strategies for working with newcomer families [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Center; 2010.	https://www.beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/pdf/Growing_up_new_land_FINAL.pdf
RECURSOS IMPRESSOS EM VÁRIAS LÍNGUAS SOBRE A DEPRESSÃO PERINATAL ("DOWNLOADS" GRATUITOS)	
Toronto. Emotional help during pregnancy and after birth [Internet]. Toronto (ON): City of Toronto; 1998 – 2018.	https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/pregnancy/during-pregnancy/emotional-health/
Postpartum Support International. Multi-language resources [Internet]. Portland (OR): Postpartum Support International; undated.	http://www.postpartum.net/professionals/multi-language-resources/
Office on Women's Health. Postpartum depression [Internet]. Washington (DC): US Department of Health & Human Services; 2018.	https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression

DEFESA E SENSIBILIZAÇÃO PARA A DEPRESSÃO PERINATAL	
Postpartum Mood Disorder Project. Northern Ontario Postpartum Mood Disorder Project [Internet]. Nipissing (ON): Postpartum Mood Disorder Project; 2012-2015.	http://postpartumresource.com/
Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario) Mensah G, Singh T. Evidence brief: Exploring interventions to address perinatal mental health in a public health context. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016.	https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Evidence_Brief_Perinatal_Mental_Health_2017.pdf
National Perinatal Association. NPA advocacy [Internet]. Lonedell (MO): National Perinatal Association; 2016.	http://www.nationalperinatal.org/advocacy

Apêndice M: Descrição do *Toolkit* (conjunto de ferramentas)

Os GOBP só podem ser implementados com sucesso se o planeamento, os recursos e os apoios organizacionais e administrativos forem adequados e se houver uma facilitação apropriada. Para encorajar uma implementação bem-sucedida, um painel de peritos da RNAO composto por enfermeiros, investigadores e administradores desenvolveu o *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines, Segunda Edição* (1). O conjunto de ferramentas baseia-se nas evidências disponíveis, nas perspetivas teóricas e no consenso. Recomendamos o conjunto de ferramentas para orientar a implementação de qualquer guia orientador de prática clínica numa organização de cuidados de saúde.

O *Toolkit* fornece orientações passo a passo para os indivíduos e grupos envolvidos no planeamento, coordenação e facilitação da implementação das diretrizes. Estas etapas refletem um processo que é dinâmico e iterativo e não linear. Assim, em cada fase, é essencial a preparação para as fases seguintes e a reflexão sobre a fase anterior é essencial.

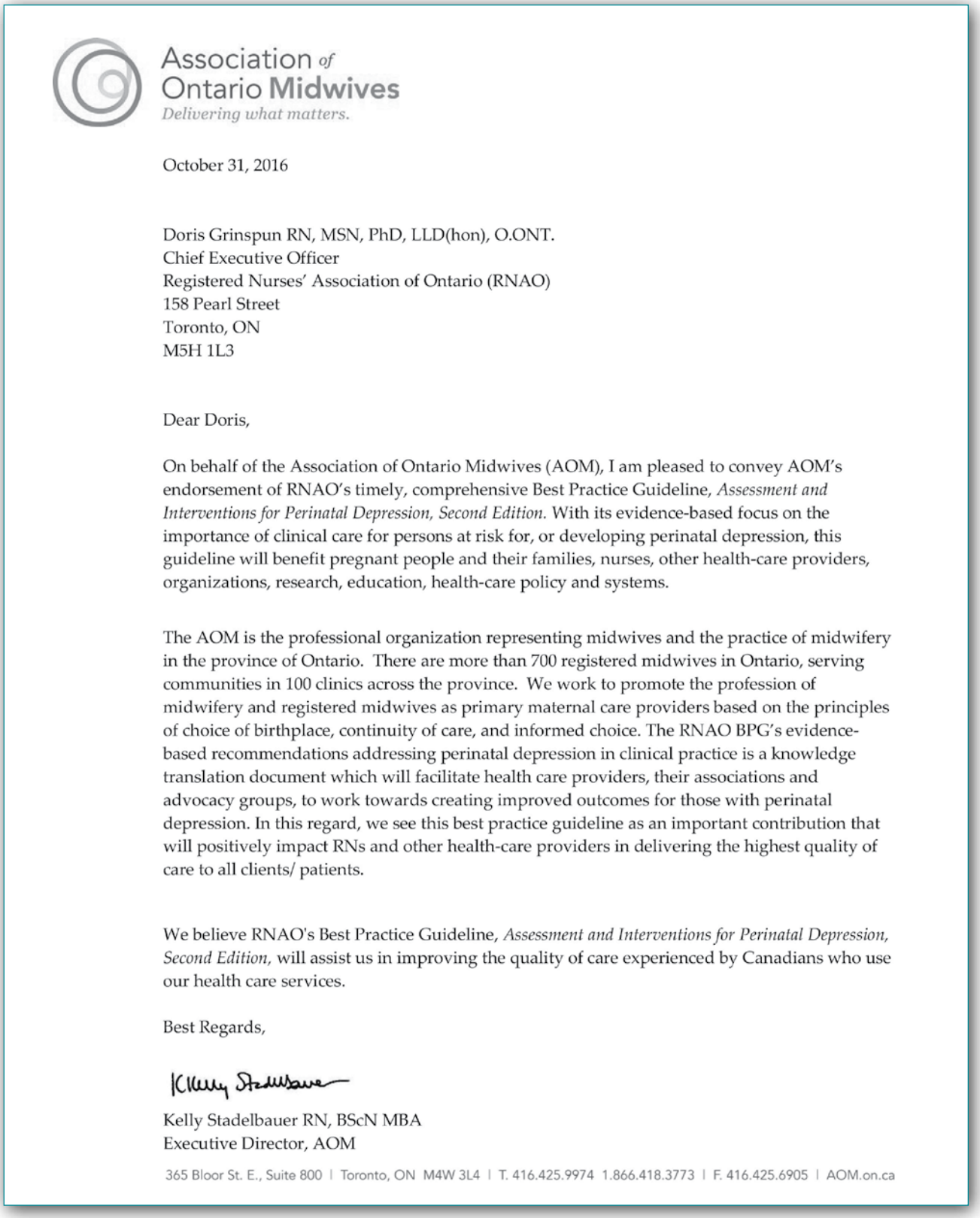
O conjunto de ferramentas aborda especificamente as seguintes etapas principais, conforme ilustrado na estrutura do conhecimento à ação (149):

1. Identificar o problema e identificar, rever e selecionar conhecimentos (os GOBP adequados);
2. Adaptar o conhecimento ao contexto local:
   - avaliar barreiras e facilitadores para o uso do conhecimento; e
   - identificar os recursos
3. Selecionar, adaptar e implementar intervenções.
4. Monitorizar a utilização dos conhecimentos.
5. Avaliar os resultados.
6. Manter a utilização dos conhecimentos

Implementação

A implementação de guias orientadores para efetuar mudanças práticas bem-sucedidas e ter um impacto clínico positivo é uma tarefa complexa. O conjunto de ferramentas é um recurso fundamental para gerir este processo. Pode ser descarregado em www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition

Cartas de apoio



Association of Ontario Midwives
Delivering what matters.

October 31, 2016

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON
M5H 1L3

Dear Doris,

On behalf of the Association of Ontario Midwives (AOM), I am pleased to convey AOM's endorsement of RNAO's timely, comprehensive Best Practice Guideline, *Assessment and Interventions for Perinatal Depression, Second Edition.* With its evidence-based focus on the importance of clinical care for persons at risk for, or developing perinatal depression, this guideline will benefit pregnant people and their families, nurses, other health-care providers, organizations, research, education, health-care policy and systems.

The AOM is the professional organization representing midwives and the practice of midwifery in the province of Ontario. There are more than 700 registered midwives in Ontario, serving communities in 100 clinics across the province. We work to promote the profession of midwifery and registered midwives as primary maternal care providers based on the principles of choice of birthplace, continuity of care, and informed choice. The RNAO BPG's evidence-based recommendations addressing perinatal depression in clinical practice is a knowledge translation document which will facilitate health care providers, their associations and advocacy groups, to work towards creating improved outcomes for those with perinatal depression. In this regard, we see this best practice guideline as an important contribution that will positively impact RNs and other health-care providers in delivering the highest quality of care to all clients/ patients.

We believe RNAO's Best Practice Guideline, *Assessment and Interventions for Perinatal Depression, Second Edition,* will assist us in improving the quality of care experienced by Canadians who use our health care services.

Best Regards,

Kelly Stadelbauer RN, BScN MBA
Executive Director, AOM

365 Bloor St. E., Suite 800 | Toronto, ON M4W 3L4 | T. 416.425.9974 1.866.418.3773 | F. 416.425.6905 | AOM.on.ca

Cartas de apoio

CAPWHN

April 6, 2017

Doris Grinspun, RN,MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

Letter of Endorsement - Perinatal Depression: Nursing Best Practice Guideline

Dear Dr. Grinspun,

The Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses (CAPWHN) is pleased to offer our support for and endorsement of the Registered Nurses' Association of Ontario's (RNAO) newest edition of the guideline on perinatal depression. As you know, CAPWHN has a national mandate of promoting excellence in care to advance women's health, through leadership, education, advocacy, and collaboration. We believe *Assessment and Interventions for Perinatal Depression* is a high quality evidence-based guideline. It will be a helpful resource for nurses and other health-care providers in appropriately screening and assessing for perinatal depression, and providing the best possible care to pregnant and postpartum women and their families.

The overall themes and evidence-based recommendations in your best practice guideline are very much aligned with our own guiding principles. We commend RNAO on encouraging nurses and other health-care providers to advocate for informed choice and family-centred care for Canadian women, newborns, and families.

Sincerely,

Sharon Dore, RN PhD
President
Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses

Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses
Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes
2781 chemin Lancaster Road, Suite 200, Ottawa, ON K1B 1A7
Tel/Tél. : 1-800-561-2416 or/ou 613-730-4192 Ext./Poste 266 Fax/Téléc. : 613-730-4314
www.capwhn.ca

Notas

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guia Orientador de Boas Práticas

Este projeto é financiado pelo Governo de Ontário.

For more information about this guideline, visit:.

ISBN 978-1-926944-84-5

RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Ontario