

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC CNPq/IMIP)

**ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS DE VALIDAÇÃO EM
PUÉRPERAS**

**EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE: SYSTEMATIC
REVIEW OF STUDIES VALIDATING IN POSTPARTUM WOMEN**

Flavianne Nascimento de Souza Monteiro¹

Bárbara Laís da Silva Freire¹

Maria Emília Valença de Moraes¹

Murilo Carlos Amorim de Britto²

Sonia Regina Ribeiro de Figueiredo Leite²

Alex Sandro Rolland de Souza²

¹ Departamento de Medicina. Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Avenida Mal.
Mascarenhas de Moraes, 4861. Imbiribeira. Recife, PE, Brasil, CEP: 51.150-000

²Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

Rua dos Coelhoos 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP 50070-550.

Autor correspondente: Flavianne Nascimento de Souza Monteiro. Rua Guilherme
Pinto, nº 265, Derby, Recife, Brasil. CEP: 52010-210. Telefone: +55 (81) 9 98736969.

flavianne.nascimento@hotmail.com

Conflitos de interesse: Não há conflitos de interesse.

RESUMO

Objetivos: realizar uma revisão sistemática dos estudos sobre a validação da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPE) em puérperas. **Métodos:** foi realizada uma revisão sistemática da literatura, incluindo mulheres maiores de 18 anos, no período puerperal (entre quinze dias a um ano pós-parto), dos estudos observacionais que abordaram a validação da EDPE. Foram excluídos os estudos que apresentavam fatores de risco na gravidez ou no puerpério e os que não compararam ao *gold standart*. A pesquisa e seleção dos estudos internacionais e nacionais foram elaboradas por meio das bases eletrônicas LILACS, SciELO, Medline, PubMed e PsychInfo. **Resultados:** foram selecionados seis artigos, apresentando heterogeneidade nos pontos de corte, idioma utilizado na EDPE e período de aplicação. Encontrou-se uma sensibilidade entre 78,2% a 100% e especificidade entre 66% a 99%. A metade dos estudos avaliou o valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) variando entre 49% a 60% e 98,4% a 100%, respectivamente. **Conclusão:** a diversidade de versões da EDPE (idioma e interculturalidade) demonstrou sua variação entre os pontos de corte e período de aplicação. No entanto, os resultados dos VPP e VPN apoiam sua utilização na prática clínica. Há necessidade de mais estudos com relação a sua utilização durante a gestação e pós-parto.

Palavras Chaves: Estudos de validação, revisão sistemática, depressão pós-parto, Escalas de graduação psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: conduct a systematic review of studies on the validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women. **Method:** a systematic review of the literature was conducted, including women over 18 years old, in the puerperal period (between 15 days and one year postnatal), observational studies that addressed the validation of EPDS. Studies that presented risk factors for pregnancy or in the puerperium and those that did not use EDPS as gold standart were excluded. The research and selection of international and national studies was elaborated through electronic bases LILACS, SciELO, Medline, PubMed e PsychInfo. **Results:** Six articles were selected, however they had heterogeneity in the cut-off points, language used in the EPDS and period of application. Sensitivity was found between 78.2% to 100% and specificity between 66% to 99%. Half of the studies evaluated positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) ranging from 49% to 60% and 98.4% to 100%, respectively. **Conclusion:** the diversity of versions of EPDS (language and interculturality) demonstrated its variation between cut-off points and period of application. However, the results of PPV and NPV support its use in clinical practice. Further studies are needed regarding its use during pregnancy and postpartum.

Key words: Validation study, systematic review, depression, postpartum, Psychiatric Status Rating Scales.

INTRODUÇÃO

Uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo o mundo está relacionada à depressão. Essa realidade tem sido observada, principalmente, na atenção básica, na qual a saúde mental é uma importante pauta no cuidado com a comunidade ¹. O Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres ². Nesse contexto, a gestação entra como um grande potencializador de mudanças não só fisiológicas, mas também psicológicas.

A incidência da depressão pós-parto (DPP) varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para cada 1.000 mães, trazendo inúmeras consequências ao vínculo da mãe com o bebê e com o núcleo familiar ³. Os índices da OMS demonstram que o transtorno mental em mulheres grávidas no mundo é de 10% e no pós-parto é de 13%, este último sendo a depressão a primeira entre as causas. No Brasil, os valores são ainda mais altos, a prevalência chega a 26,3% de DPP, mostrando o quanto é desvalorizado o aspecto psicológico dessas mulheres ⁴. Ela apresenta evolução semelhante à depressão maior, sendo sub especificada no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-V) e é também reconhecida como um “transtorno mental e comportamental associado ao puerpério, não classificados em outra parte” na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esses critérios diagnósticos têm suas diferenças no período ideal para sua confirmação diagnóstica. O DSM-V afirma ser adequado desde a gestação até quatro semanas após o parto; o CID-10 em até seis semanas após o parto. No entanto, a maioria dos estudos publicados apresenta o prazo ideal desde a gestação até um ano após o parto ⁵.

A mulher e a sua família começam uma nova rotina diária, que pode ser frustrante devido a: os desafios da relação entre a mãe e seu filho; reorganização do núcleo familiar; ansiedade; a amamentação, que pode exigir muito; as alterações na esfera sexual^{6,7}. Essa realidade associada às condições de risco para DPP (por exemplo, a baixa idade materna, baixa renda familiar, transtorno psiquiátrico prévio e/ou ideias suicidas, abortos, falta de apoio social e prematuridade^{2,8,9}) pode passar despercebida durante a consulta em várias unidades básicas do Brasil. Isso porque existe um enfoque maior no processo de amamentação e nas alterações fisiológicas entre mãe e filho. Apenas quando a mãe/puérpera demonstra ou refere queixas psicológicas, o profissional de saúde pode rever os aspectos da saúde mental materna. Além disso, essa mãe pode não ter o *insight* sobre a depressão, pois essas emoções diferentes são culturalmente conhecidas como “algo natural durante a maternidade, uma hora vai passar”^{7,9}.

Nesse âmbito, que as formas de rastreamento para a depressão pós-parto são aplicadas para melhor refinamento do diagnóstico. Existem sete testes de rastreamento recomendados pela *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), validados para uso durante a gestação e após o parto: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Depression Inventory II* (BDI-II), *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), e *Zung Self-Rating Depression Scale* (Zung SDS)¹⁰.

O instrumento mais utilizado na identificação dos sintomas depressivos é a EPDS ou Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPE). No Brasil, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), recomenda o uso de métodos de rastreio para a DPP utilizando, principalmente, a EDPE¹¹. No entanto, não há

obrigatoriedade do seu uso rotineiro nas consultas, ficando a cargo do profissional de saúde a decisão de aplicar ou não os questionários. Logo, perpetua-se o estigma das doenças psiquiátricas na gravidez e pós-parto. Aliado a isso, o treinamento insuficiente dos profissionais nesse aspecto contribui para a pouca visibilidade do problema com casos subnotificados no Brasil¹¹.

A EPDS foi desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e Sagovsky, em 1987, para fins de clínica e pesquisa e, com o passar dos anos, foi adaptada^{3, 12-14}. Estudos conduziram análises fatoriais para testar sua eficiência operacional para os objetivos de uma avaliação da DPP¹⁵, comprovando a significância do mesmo com “sensibilidade e especificidade de 70 a 85%, dependendo do ponto de corte”¹⁴. A versão brasileira dessa escala não alterou o contexto dos itens ingleses, ou seja, ocorreu uma tradução das perguntas e alternativas de resposta.

O objetivo da EDPE é que seja rápida, simples e de fácil entendimento, podendo ser autoaplicada ou aplicada por terceiros (médicos ou não-médicos), associado ao valor na identificação de fatores de risco para a depressão pós-parto, afinal, o fator psicossocial é bem relevante^{14, 16}. O tempo da realização é de aproximadamente 5 minutos, sendo ela categorizada com 10 itens, divididos em fatores de depressão e ansiedade (Tabela 1), medindo a presença e intensidade dos sintomas nos últimos sete dias¹⁷. Há, ainda, diferenças relacionadas ao ponto de corte mais indicado para identificação da DPP, podendo ser explicadas por variações metodológicas e inter-regionais¹⁴.

O presente estudo tem o intuito de avaliar a validação da EDPE durante os últimos cinco anos, bem como, os critérios diagnósticos utilizados. O foco dessa revisão foi comparar as pesquisas sobre validação da escala em puérperas e atualizar os estudos vigentes sobre o tema, mostrando a abordagem da EDPE com relação ao rastreio que se adequa às rotinas pós-natais e facilitam a aplicabilidade de tal diagnóstico.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura incluindo estudos observacionais, nacionais e internacionais, os quais abordavam a validação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE) em puérperas, publicados entre 2015 e 2020. Essa revisão utilizou os portais de dados: LILACS, SciELO, Medline, PubMed, PsychInfo. A estratégia de busca utilizou os descritores em ciências de saúde (DeSC): *estudo de validação AND depressão pós-parto* ou *depressão pós-parto AND escalas de graduação psiquiátrica* ou *depressão pós-parto/diagnóstico* foram aplicados no SciELO e na LILACS; e *validation study AND depression, postpartum* ou *depression, postpartum AND psychiatric status rating scales*, ou *depression, postpartum/diagnosis* nas bases de dados do PubMed e Medline. Tais descritores não foram úteis no PsychInfo, portanto, utilizou-se “*Edinburgh Postnatal Depression Scale*”, o qual deveria estar presente no título ou no resumo. Nossa revisão sistemática ocorreu no período entre julho a outubro de 2020.

Os critérios para inclusão dos estudos foram: 1. estudos observacionais; 2. estudos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; 3. população de interesse era puérperas (a partir do primeiro mês até um ano pós-natal); 4. Uso da EDPE como instrumento avaliativo para rastreamento ou diagnóstico; 5. estudo de validação diagnóstica. Foram excluídos os estudos cujo tema não contemplava o objetivo da revisão, isto é, artigos com enfoque nos fatores de risco e prevalência ou subgrupos da depressão pós-parto, validação de outras escalas para a depressão pós-parto ou a não comparação com EPDS, população gestacional/antenatal, aplicação do EPDS antes de completar o primeiro mês do período puerperal.

Toda a seleção dos estudos nas bases eletrônicas foi de responsabilidade dos três revisores, cada qual com uma ou duas bases de dados. Esse processo foi replicado pelo revisor principal, a fim de observar possíveis falhas. Quaisquer dúvidas acerca dos estudos selecionados foram resolvidas entre os três revisores.

Visto que o tipo do presente estudo é uma revisão sistemática, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos.

RESULTADOS

As pesquisas com foco na validação da EDPE geraram 897 estudos para avaliação (Figura 1). Desse total, 812 estudos não foram relevantes, devido a filtros de inclusão das plataformas MEDline, PubMed, PsichInfo, SciELO e LILACS Bireme, que foram: artigos dos últimos cinco anos (2015-2020), texto completo, em linguagem português, inglês e espanhol, público feminino, maior de 18 anos e humanos.

Dos estudos posteriormente excluídos após leitura de título e resumo, 26 estudos abordavam a depressão no pré-natal; 10 não compararam com *gold standart*; 10 estudos abordavam agravantes da DPP (amamentação, obesidade materna, HIV materno, prematuridade, UTI Neonatal, pré-eclâmpsia e violência pelo parceiro); nove estudos validaram outras escalas; cinco estudos tinham dados insuficientes para validação; quatro estudos utilizaram mães menores de 18 anos; quatro estudos tinham um tipo inapropriado; três estudos não falam da EDPE; três estudos estavam em duas plataformas; dois estudos relataram DPP paterna e materna; um estudo abordava a ansiedade pós-natal; um estudo foi feito além do período estabelecido no estudo; e um estudo abordava a criação de uma nova escala baseada na EDPE. Totalizando 79 estudos excluídos.

A escala de depressão pós-natal de Edimburgo teve seu ponto de corte variando entre 6 e 9 até 13 e 14. Nesse contexto, as pontuações indicaram possível e provável quadro de depressão pós-parto, adequando a sua meta de corte à população de cada região estudada.

Amostra

Nos artigos selecionados, o número variou entre 300 e 15.172 mulheres entrevistadas, com campo de pesquisa variado, abrangendo países de diferentes continentes, tais como: Brasil, Sudão, Dinamarca, Israel e Tailândia. As entrevistas foram

feitas por integrantes das pesquisas ou psicólogos clínicos por meio de visitas domiciliares, consultas em hospitais, colaboradores ou telefone.

Crítérios e instrumentos diagnósticos

Dentre os critérios diagnósticos utilizados, houve um estudo que trouxe o CID-10 junto com o DSM-V como base comparativa, e outro utilizou apenas o DSM-IV. Nos restantes, o EDPE foi validado por diferentes instrumentos: um com *29-item clinical interview* (SIGH ADS), outro com a avaliação do Neuropsiquiatra Kandel Katsnelson et al. Em um estudo, a base comparativa foi o instrumento *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI). O estudo brasileiro fez a comparação entre a versão original de 10 itens do EDPE com a versão de seis itens de Mallov-Diniz *et al.*, resultando em uma nova versão mais qualificada, a qual foi validada pelo estudo e incluída por essa revisão.

Qualidade dos estudos

Os estudos foram avaliados pelo *Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy* (STARD) e foram considerados de qualidade aqueles que obedeceram a todos os critérios. Aqueles que faltaram algum dos critérios foi considerado de qualidade ruim. Entre os seis estudos incluídos, três tinham boa qualidade de acordo com o STARD (Tabela 2). Os três restantes tiveram falhas em alguns critérios tais como: a estrutura do resumo não estava de acordo com o STARD (aparente divisão entre introdução, métodos, resultados, conclusão e palavras-chaves), não houve uma explicação detalhada nos métodos ou não tinha gráficos/diagrama sobre a amostra do estudo ou dos resultados.

Idioma da Escala

Diante dos estudos avaliados, um deles utilizou a versão do EDPE em inglês, outro traduziu a versão inglesa para o árabe, assim como um outro estudo utilizou um falante nativo da língua (*karen e burmese*) para traduzir o EDPE do inglês para as duas línguas do país. Um estudo teve a versão brasileira da escala, o qual a utilizou de forma reduzida (de seis itens). Um aplicou a versão hebraica e um outro estudo utilizou a versão dinamarquesa.

Sensibilidade e Especificidade

As variações na sensibilidade e especificidade estão bem relacionadas ao ponto de corte adotado nos estudos incluídos nessa revisão (Tabela 3). Os artigos que verificaram pontos de corte acima de 9/10/11 no EDPE registaram desde 78,2% a 100% na sensibilidade e 72,5% a 98,7% na especificidade. Os pontos de corte acima de 12/13/14, houve uma variação de 83% a 94% na sensibilidade e 66% a 99% na especificidade. Apenas um artigo utilizou a EDPE com seis itens e estabeleceu o seu ponto de corte igual a seis, trazendo sensibilidade de 92,7% e especificidade de 95,8%.

Valores preditivos positivos (VPP) e negativos (VPN)

Dos seis estudos comentados, três não apresentaram valores de predição positivos ou negativos para análise. Os valores preditivos positivos (VPP) da EDPE para detectar Depressão maior em pontos de corte de 11 e 12 foram de 49% e 33% respectivamente. Somado a isso, um estudo com ponto de corte 10 apresentou valores de 53,3 e 60% para dois parâmetros de VPP.

Os valores preditivos negativos (VPN) para a EDPE com pontos de corte de 11 foram de 98,5 e 98,4%. Outro estudo com valor de corte 12 mostrou um VPN de 98,7%. Além disso, um estudo com ponto de corte 10 expôs um valor de 100% para dois parâmetros de VPN.

DISCUSSÃO

Diante dos seis estudos incluídos nessa revisão sistemática, sugere-se que o rastreamento da DPP com a EDPE ainda seja heterogêneo ¹⁶. Essa realidade, relativa aos últimos cinco anos, continua trazendo a variabilidade nos pontos de corte e no período da aplicação. Dentro das bases de dados utilizadas, encontramos diferentes versões da EDPE que podem influenciar nesse ponto de corte não padrão. Além disso, percebemos que essa variação também está associada aos critérios diagnósticos e aos seus vários instrumentos diagnósticos disponíveis ¹⁶.

Nesse sentido, a EDPE, mesmo englobando questões com respostas estruturadas, pode sofrer variabilidade nas respostas devido às condições culturais do cuidado com a gestação e do psicológico das mulheres ¹. Assim, há uma influência direta nas mudanças de ponto de corte e resultados na validação. No presente estudo, tivemos culturas bem diferentes sendo avaliadas (israelenses, tailandeses, americanos e entre outros) ¹⁹⁻²⁴ e identificamos esse aspecto como não modificável, onde a tradução da escala pode ser um viés de estudo. Dessa forma, o profissional de saúde deve ter o conhecimento para indagar a relação entre as perguntas e as questões na sociedade inserida. Afinal, não só os valores pontuados na EDPE vão inferir sobre a possível DPP, mas também os hábitos culturais da puérpera devem ser avaliados.

Essa situação pode ser observada no estudo que utilizou a EDPE na Ásia ²⁴. Nosso estudo está de acordo quanto às dúvidas aos valores tão altos de NPV e sensibilidade da EDPE na língua *burmese* e *karen* desse estudo. Os autores dessa validação afirmam justamente esse ponto da linguagem cultural como fator contraditório nesses resultados. Isto é, utilizaram de um nativo da região que sabia a língua inglesa para traduzir a Escala e fazer a pesquisa com aquela população. Nota-se que muitos termos precisaram ser

alterados e, assim, perguntas/respostas foram reformuladas para se adequar à situação regional. Portanto, a interpretação cultural pode interferir nos resultados de ponto de corte e no poder diagnóstico da DPP.

Outro ponto que levantou questionamento dos autores do presente estudo foi a ausência de dados de VPP e VPN na metade dos artigos incluídos^{19,21,23}. São características relevantes para estudos de validação, no entanto, não houve nenhuma menção desses pontos como influenciador de resultado nesses três estudos.

Nossa revisão sugere a escassez de atualização da EDPE, a qual para utilização apenas no período pós-parto, possivelmente, não está sendo mais avaliada aqui no Brasil. Durante a fase de seleção dos estudos nas bases de dados, encontramos a revisão sistemática sobre a validação da EDPE por um estudo dos EUA¹⁸ publicado em 2010 que contém 37 artigos, sendo 34 utilizando no pós-parto e três no pré-natal. Essa diferença de número quanto aos estudos encontrados e incluídos para a nossa revisão nos levanta dois posicionamentos: 1^o) o auge da procura pela EDPE e suas contribuições nos anos 2000; 2^o) houve uma inversão nos estudos quanto ao período de utilização da EDPE.

Muitos artigos publicados nas bases de dados apresentam períodos diferentes para aplicação da EDPE, principalmente, durante a gestação²⁵⁻²⁷. Dessa maneira podemos estar diante de mudanças na utilização da EDPE, transformando-se em uma forma de acompanhamento evolutivo da saúde mental das mães; comparativo de resultados durante o pré-natal e pós-natal.

Essa idealização pode ser comparada com a utilidade do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) usado, principalmente, nos pacientes idosos. Isso porque o MEEM não é utilizado para diagnóstico definitivo, mas sim, como um rastreio cognitivo, verificando se existe uma progressão do declínio cognitivo²⁸. Essa analogia entra em consenso com

os resultados de VPN que foram encontrados na nesta revisão. A EDPE traz ótimos valores de negação à DPP, isto é, quando a puérpera tem valores abaixo dos possíveis pontos de corte, ela realmente não está em risco. Logo, a pontuação que não variou durante gestação e puerpério, estando abaixo do ponto de corte, é um indicativo de não haver DPP.

A compreensão desse ponto positivo da EDPE pode ajudar na diminuição dos custos para o Estado. Quando uma puérpera é identificada com valores altos pela EDPE, um olhar mais atento sobre a saúde mental da mesma é iniciado. Portanto, o acompanhamento psicológico nesse início pode trazer um vínculo familiar mais engajado, sem ter pensamentos negativos na criação dos filhos, a mãe pode voltar a ser produtiva e participativa na economia. É uma intervenção focalizada em um indivíduo, mas acaba repercutindo em vários âmbitos ²⁹.

Percebemos que as versões mais resumidas da EDPE podem trazer os mesmos benefícios. Isso porque o estudo incluído na nossa revisão, que demonstra a validação da nova versão de seis itens da EDPE, mostrou boa sensibilidade e boa especificidade, sendo bem mais positivos se comparados com a versão inglesa da EDPE por Cox. et al. ³⁰ (a primeira versão da escala de Edimburgo). Isso demonstra o quanto ela pode ser reformulada para os dias atuais, oferecer uma melhor validação e ser ainda mais aplicável na rotina de pré-natal e pós-natal.

De acordo com os dados resultantes dessa revisão, a EDPE apresenta uma boa acurácia. Embora, como já citado, as pesquisas selecionadas são de regiões diferentes e a existência de variação no ponto de corte, no geral, a escala mantém sua boa validação, gerando, assim, pontos relevantes para atualização do meio científico e fundamentos para sua aplicabilidade prática. Ademais, o estudo de revisão sobre a escala retoma a

visibilidade sobre a abordagem da DPP, sugerindo sua nova adaptação de praticidade da EDPE com embasamento teórico e mundialmente aplicável. Esse resultado é fundamental para a futura capacitação do profissional de saúde.

As limitações do presente estudo ocorreram devido aos poucos trabalhos encontrados nas bases de dados pesquisadas, referentes aos últimos cinco anos sobre a Escala de Edimburgo. Nesse contexto, houve a necessidade de usar descritores diferentes em cada base de dados para reunir mais resultados sobre a validação da EDPE, uma vez que os descritores utilizados em outras pesquisas acabaram não sendo úteis. Isso pode ter ocorrido pela forma como esses estudos pesquisaram (os descritores utilizados nesses estudos não estavam nas plataformas DeCS ou MeSH) e o período em questão - antes de 2015. Somado a isso, o público escolhido foi um fator restritivo ao estudo, pois, enquanto a maioria dos trabalhos lidos anteriormente recorreu a gestantes, esse usou mulheres em período pós-parto, entre 15 dias e um ano.

Outro ponto que delimitou o estudo foi a exclusão de mães menores de 18 anos, visto que uma parte dos artigos excluídos incorpora esse público como propenso a DPP pela grande demanda da maternidade sobre a adolescência. Somado a isso, não foi procurada a estrutura ou o possível formato da tradução das diferentes versões da EDPE (idiomas). A ausência de valores preditivos positivos e negativos em metade dos artigos utilizados também gerou dificuldade em elaborar senso crítico sobre a validação da EDPE. Outro obstáculo foi a presença de trabalhos que validaram outras ferramentas para avaliação da saúde mental materna no período pré e pós-parto, deixando a EDPE desatualizada. Isso também sugere que as novas pesquisas visam criar instrumentos diagnósticos em vez de atualizar os métodos antigos e “bem adaptados”, como a escala de Edimburgo.

Outro ponto importante nesta discussão é a capacitação dos profissionais e estudantes de maneira interdisciplinar entre medicina, enfermagem e psicologia. Isso pode promover uma boa identificação dos traços depressivos e confirmada pela utilização dos instrumentos de rastreamento como a EDPE. Além disso, a aplicação da escala de Edinburgh se faz necessária em gestantes e puérperas que estejam em qualquer nível de complexidade, sendo benéfica sua implementação nas rotinas ambulatoriais de pré-natal e pós-natal. Ela pode ser inserida e registrada por qualquer profissional na Caderneta da Gestante ou no SOAP (Subjetivo / Objetivo / Avaliação / Plano) do e-SUS, assim, seria visualizada e avaliada a qualquer momento.

Com essas recomendações, acreditamos que o número de diagnósticos da DPP terá um aumento significativo, entretanto, com a atuação profissional adequada e tratamento precoce deste quadro, esperamos que haja melhorias importantes na saúde mental das mães e de todos os familiares envolvidos.

Conclusão

A DPP é um problema de saúde pública, com prevalência considerável e, muitas vezes, subdiagnosticada. Essa realidade engloba o desconhecimento da população e dos profissionais quanto ao quadro clínico e suas repercussões, somado ao fato das escalas de rastreamento não serem utilizadas na rotina assistencial, apesar de serem amplamente utilizadas em pesquisa e terem bons resultados.

A EDPE se mostrou eficiente no rastreamento para DPP. Dentre as dificuldades encontradas durante esta revisão, percebeu-se a pequena quantidade de pesquisas recentes, abordando a validação desta escala de rastreamento, além da baixa adesão da

escala nos serviços de atenção básica. Dessa forma, mais estudos precisam ser realizados, visando melhores resultados para a validação desta escala.

AGRADECIMENTOS

Nossos mais profundos agradecimentos aos orientadores e aos colaboradores dessa pesquisa, foi uma experiência ímpar concluir esse projeto. Agradecemos ao setor de pesquisa do IMIP pela disponibilidade e atenção às nossas dúvidas. Aos nossos familiares e amigos, muito obrigado por entenderem e apoiarem nosso referido estudo.

REFERÊNCIAS

1. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012;11(4):369–79.
2. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):1–10.
3. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577–88.
4. Theme Filha MM, Ayers S, Da Gama SGN, Leal MDC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194:159–67.
5. Brum EHM de. Depressão Pós-Parto: Discutindo O Critério Temporal Do Diagnóstico. *Cad Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolv*. 2017;17(2):92–100.
6. Brasil M da S. Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Ministério da Saúde. 2017;1–44.
7. São Paulo S da S. Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério. São Paulo: SES/SP. 2018;
8. Lima N, Ravelli A, Messias L, Skupien S. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo [revista conexão UEPG]. 2016 [acesso em 06 out 2020]. 12: 268p. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>

9. Cunningham G, J. Leveno K, Bloom S, Spong J, Dashe B, et al. *Obstetrícia de Williams*. 24 ed. AMGH; 2016
10. Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. *Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: Quando e como?* Vol. 39, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 2017. p. 54–61.
11. Rennó Júnior J, Rocha R. *Gravidez e depressão*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo; 2018; 92.
12. Coutinho M da P de L, Saraiva ER de A. *Depressão pós-parto: considerações teóricas*. *Estud e Pesqui em Psicol*. 2008;8(3):7759–73.
13. Psicológico PP. *Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Risk Factors and Protection Associated with Postpartum Depression in Psychological Prenatal Care Factores de Riesgo y Protección Asociados a la Depresión Post-Parto en el Prenatal Psicológico* Introdução. 2018;711–29.
14. Malloy-diniz L, Romano-silva MA. *de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public*. 2009;43:79–84.
15. Wagner B, Horn AB, Maercker A. *Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial*. *J Affect Disord*. 2014;152–154(1):113–21.
16. Brasil. *Pré-Natal E Puerpério*. Vol. 1, Ministério da Saúde, Normas e manuais técnicos. 2006. 162 p.
17. Malloy-Diniz LF, Furtado Schlottfeldt CGM, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. *Escala de depressão pós-parto de Edimburg: Análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):316–8.

18. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(5):350–64.
19. Albuquerque MR, Corrêa H, Couto TC e, Santos W, Romano-Silva MA, Santos LMP. A proposal for a new Brazilian six-item version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(1):29–33.
20. Khalifa DS, Glavin K, Bjertness E, Lien L. Course of depression symptoms between 3 and 8 months after delivery using two screening tools (EPDS and HSCL-10) on a sample of Sudanese women in Khartoum state. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1–10.
21. Bina R, Harrington D. Differential Predictors of Postpartum Depression and Anxiety: The Edinburgh Postnatal Depression Scale Hebrew Version Two Factor Structure Construct Validity. *Matern Child Health J.* 2017;21(12):2237–44.
22. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1–12.
23. Jackie K Gollan, Stephen R. Wisniewski, James F. Luther, et al. Generating an Efficient Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Urban Obstetrical Population. *J Affect Disord.* 2018; 208: 615–620.
24. Harriet I, Gracia F, Jitrachote W, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on the Thai–Myanmar border. *Tropical Doctor.* 2017;47(4): 339–347
25. Green EP, Tuli H, Kwobah E, Menya D, Chesire I, Schmidt C. Developing and validating a perinatal depression screening tool in Kenya blending Western

- criteria with local idioms: A mixed methods study. *J Affect Disord.* 2018;228: 49–59.
26. Vázquez MB, Míguez MC. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *J Affect Disord.* 2019;246: 515–21
27. Darwin, Z, McGowan, L and Edozien, LC Identification of women at risk of depression in pregnancy: using women's accounts to understand the poor specificity of the Whooley and Arroll case finding questions in clinical practice. *Archives of Women's Mental Health.* ISSN. 2015; p. 1434-1816
28. Arahamian I, Rasslan Z. Rastreio Cognitivo em Idosos para o Clínico. *Rev Bras Clin Med*, 254–259. *Rev Bras Clin Med.* 2008;254–9.
29. Silva HC da, Silva M da R, Frizzo GB, Donelli TMS. Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo. *Psico-USF.* 2018;23(1):59–70.
30. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150: 782–6.

ILUSTRAÇÕES

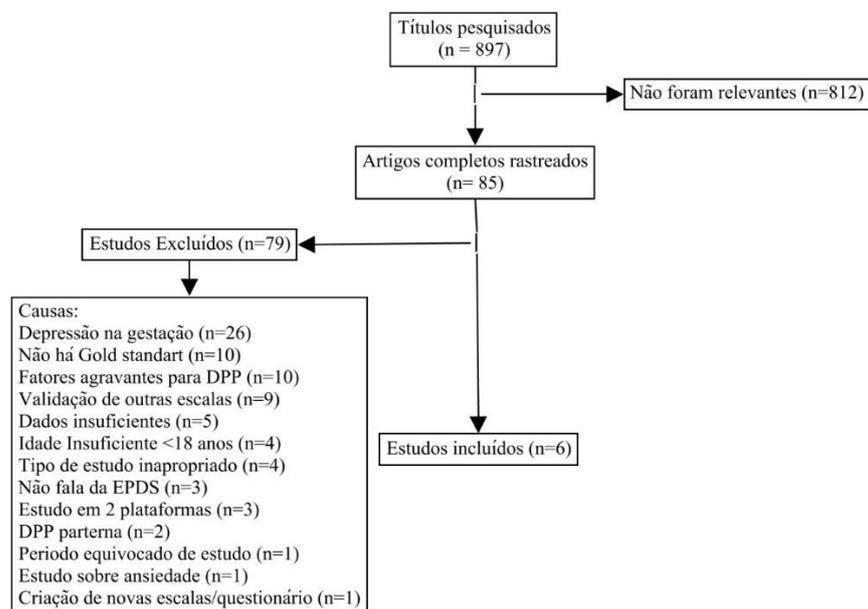


Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos e excluídos durante a revisão.

TABELAS

Tabela 1. Divisão dos itens da Escala de Depressão Pós-parto (EDPE)

EDPE	
Fatores de depressão	1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas 2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia 6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia 7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir 8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada 9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado
Fatores de ansiedade	3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas 4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão 5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo 10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

Baseado no estudo de Malloy-Diniz LF et al.

Tabela 2. Título dos estudos incluídos e avaliados quanto a qualidade do estudo STARD.

Qualidade Boa	Qualidade Ruim
<ol style="list-style-type: none"> 1. Differential Predictors of Postpartum Depression and Anxiety: The Edinburgh Postnatal Depression Scale Hebrew Version Two Factor Structure Construct Validity. 2. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. 3. Course of depression symptoms between 3 and 8 months after delivery using two screening tools (EPDS and HSCL-10) on a sample of Sudanese women in Khartoum state. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A proposal for a new Brazilian six-item version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale 2. Generating an Efficient Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Urban Obstetrical Population. 3. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on the Thai–Myanmar border.

Tabela 3. Sumário dos estudos de validação da EDPE em puérperas.

Título	Autor / País	No. mulheres	Idioma do EDPE e Período para aplicação da escala	Critério de diagnóstico, instrumento	Sensibilidade (%) nos diferentes pontos de corte no EDPE	Especificidade (%) nos diferentes pontos de corte no EDPE	PPV (%) nos diferentes pontos de corte no EDPE	NPV (%) nos diferentes pontos de corte no EDPE	Observações
<i>A proposal for a new Brazilian six-item version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	Albuquerque MR, Corrêa H, Castro e Couto T / Brasil	3.891	Português Brasil/ 1-3 meses após o parto começaram as aplicações da escala.	Versão original de 10 itens + versão de 6 itens Malloy-Diniz et al. (Cronbach's alpha)	Cut-off > 6 = 92.7%	Cut-off > 6 = 95.8%	Não foi analisado pelo estudo	Não foi analisado pelo estudo	Validação de uma nova proposta de 6 itens para a EPDS
<i>Generating an Efficient Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Urban Obstetrical Population Course of depression symptoms between 3 and 8 months after delivery using two screening tools (EPDS and HSCL-10) on a sample of Sudanese women in Khartoum state</i>	Jackie K, Stephen R, James F / EUA	15.172	Inglês/ 4-6 semanas pós-parto.	29-item clinical interview (SIGH-ADS)	Cut off > 10 = 95% Cut-off > 13 = 94% Cut-off > 14 = 83%	Cut off > 10 = 91% Cut-off >13 = 99% Cut-off > 14 = 66%	Não foi analisado pelo estudo	Não analisado pelo estudo	Validação de 7 itens para EPDS
<i>Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression</i>	Dina S, Kari G, Espen B, et al. / Sudão	300	Árabe/ duas aplicações: 3 meses e 8 meses	Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Cut-off >12 = 89%	Cut-off >12 = 82%	33%	98.7%	Utilizaram duas Escalas (EPDS e HSCL-10).
<i>Differential Predictors of Postpartum Depression and Anxiety: The Edinburgh Postnatal Depression Scale Hebrew Version Two Factor Structure Construct Validity</i>	Johanne SN, Stephen M, Theis L and Mette SV / Dinamarca	324	Dinamarquês/ 2-10 meses de pós-parto	DSM-5 e CID-10	Cut-off > 11 = 79,2 (DSM-5) e 78,2% (CID-10)	Cut-off > 11 = 94,4%	49%	98,5 e 98,4	Pesquisa foi feita de julho de 2015-2017.
<i>Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on the Thai-Myanmar border</i>	Rena B, Donna H / Israel	969	Hebraico/ 6 semanas de pós-parto (depressão e ansiedade)	Kandel-Katznelson (especialista neuro/psiquiatria)	Cut-off > 9 = 92.3%	Cut-off > 9 = 72.5%	Não foi analisado pelo estudo	Não foi analisado pelo estudo	Pesquisa feita entre junho de 2008 e fevereiro de 2009. Publicada em 2017.
	Harriet I, Garcia F, Jitrachote W / Thailand	670	Karen e Burmese/ 4-16 semanas de pós parto	DSM-IV Axis I Disorders (SCID)	cut-off >10 Karen 100% Burmese 100%	cut-off >10 Karen 98,7% Burmese 96,7%	K: 53,3 B:60%	K: 100% B: 100%	Participação de pesquisadores da Tailândia, UK, Austrália.

PPV = positive predictive value; NPV = negative predictive value.