

ESCALAS DE RASTREAMENTO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: uma revisão sistemática^a

Juliana Machado SCHARDOSIM^b, Elizeth HELDT^c

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento de Depressão Pós-Parto (DPP) aplicadas até 16 semanas após o parto em puérperas acima de 15 anos. Buscaram-se artigos em quatro bases de dados. Os artigos deveriam indicar a definição e a validação precisa dos instrumentos utilizados. Dos 424 resumos, 62 foram acessados na íntegra e, de acordo com os critérios estabelecidos, foram incluídos 18 artigos nesta revisão. O período de rastreamento de DPP variou de 2 a 10 dias pós-parto e o reteste entre 8 e 16 semanas pós-parto. A DPP foi diagnosticada entre 8,8 a 40% da amostra dos estudos. A escala mais utilizada foi a *Edinburgh Depression Postpartum Scale* (EDPS). Concluiu-se que as escalas são comumente utilizadas em pesquisas, mas podem ser uma ferramenta facilitadora para identificação de DPP na assistência às gestantes e às puérperas.

Descritores: Depressão pós-parto. Escalas de graduação psiquiátrica breve. Enfermagem obstétrica. Enfermagem psiquiátrica.

RESUMEN

El estudio objetivó realizar una revisión sistemática sobre las escalas de rastreo de Depresión Postparto (DPP) aplicado hasta 16 semanas postparto en puérperas con más de 15 años. Se buscaron artículos en 4 bases de datos. Los artículos deberían indicar la definición y la validación exacta de los instrumentos utilizados. De los 424 resúmenes, se accedió a 62 íntegramente y de acuerdo con los criterios establecidos, se incluyeron 18 artículos en esta revisión. El período de rastreo varió de 2 a 10 días postparto y la nueva prueba entre 8 y 16 semanas postparto. La DPP fue diagnosticada entre 8,8 y 40% de la muestra de los estudios. Edinburgh Depression Postpartum Scale (EDPS) fue la escala más utilizada. Se concluyó que las escalas se usan generalmente en investigaciones pero pueden resultar una herramienta facilitadora para identificar la DPP en la atención a las gestantes y puérperas.

Descritores: Depresión postparto. Escalas de valoración psiquiátrica breve. Enfermería obstétrica. Enfermería psiquiátrica.

Título: Escalas de rastreo para depresión postparto: una revisión sistemática.

ABSTRACT

This study aims to conduct a systematic review of postpartum depression (PPD) screening scales in puerperal applied until 16 weeks after delivery among women above 15 years old. Articles were searched in 4 databases. The included articles should describe precisely the definition and the validation of the used instruments. Out of the 424 abstracts found, 62 complete articles were accessed, and only 18 articles that fulfilled the above-mentioned requirements were included. PPD screening period varied from 2 to 10 days postpartum, and patients were retested between 8 to 16 weeks postpartum. PPD was diagnosed in 8.8 to 40% of the patients sampled in those studies. The most frequent used scale was the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). It was concluded that scales are frequently used in research studies, and may allow the identification of PPD in gestating and puerperal patient care.

Descriptors: Depression, postpartum. Brief psychiatric rating scale. Obstetrical nursing. Psychiatric nursing.

Title: Postpartum depression screening scales: a systematic review.

^a Estudo originado do trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem apresentado em 2008 na Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS, Professora Substituta da EENF/UFRGS, Enfermeira Assistencial da Fundação Universitária de Cardiologia - Hospital de Alvorada, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Doutora em Psiquiatria, Professora Adjunta da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EENF/UFRGS e do Programa de Pós-Graduação de Ciências Médicas: Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos podem acometer os indivíduos em diversas fases da vida, e a vulnerabilidade pode ser agravada por eventos vitais. A fase puerperal corresponde a um momento importante da vida da mulher, pois ocorrem mudanças biológicas e transformações de ordem subjetiva aumentando os riscos para o desencadeamento de doenças mentais. Nesse sentido, os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de sentimentos e expectativas que promovem instabilidade emocional⁽¹⁾.

Entretanto, as doenças psiquiátricas pós-parto são pouco reconhecidas, tratadas ou pesquisadas. Somente a partir de 1995 é que os quadros de alteração de humor decorrentes do parto, psicóticos ou não, foram incluídos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition* (DSM-IV) e classificados como transtornos de humor. Anteriormente, os sintomas da depressão puerperal não eram considerados distintos da depressão maior⁽²⁾.

As síndromes psiquiátricas pós-parto são as doenças mentais que ocorrem durante o primeiro ano após o nascimento da criança⁽³⁾. As mais frequentes são a melancolia de maternidade (*Post partum blues*), podendo atingir de 50 a 80% das puérperas; a psicose pós-parto, mais rara, ocorrendo entre 1 a 2 casos por 1.000; e a depressão pós-parto (DPP), que varia entre 18 a 39,4%^(3,4).

A etiologia da DPP não é totalmente conhecida, estudos sugerem que seja multifatorial, envolvendo aspectos biológicos e psicossociais. Alguns fatores de risco são descritos na literatura, a saber: o baixo nível socioeconômico, a menor escolaridade, a falta de apoio paterno e o fato de a mãe ter pensado em interromper a gravidez, a condição de ser mãe solteira, a gravidez não planejada, a prematuridade e o baixo peso do bebê ao nascer^(1,4).

O quadro clínico é variável, podendo apresentar alterações físicas, cognitivas e comportamentais, tais como tristeza, choro fácil, humor lábil, abatimento, isolamento, transtornos do sono (hipersonia ou insônia), anorexia, alterações gastrintestinais, ideação suicida ou filicida⁽⁵⁾. O curso e o prognóstico da doença, mesmo sendo de início insidioso e abrupto, em geral são favoráveis⁽¹⁾.

A DPP repercute diretamente na relação mãe-bebê com consequências definitivas para a criança⁽⁵⁾. Durante o curso da doença, há uma redução

na afetividade e nos cuidados despendidos ao bebê. São descritas na literatura repercussões precoces (baixo desempenho em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe aos 12 meses) e tardias (transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos)⁽⁶⁾.

O diagnóstico preciso, aliado ao apoio familiar, tratamento terapêutico e farmacológico, promove maior controle sobre a doença, prevenindo complicações e repercussões negativas no vínculo mãe-bebê^(1,5). O diagnóstico é difícil, pois não há um consenso final do próprio diagnóstico, etiologia e tratamento. Por exemplo, para que um quadro depressivo seja caracterizado como pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, segundo os critérios do DSM-IV⁽²⁾, e seis semanas conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10^a edição (CID-10)⁽³⁾. Em relação à avaliação dos sintomas, há controvérsia sobre a utilidade das escalas de autoavaliação como instrumentos de triagem para casos de doença mentais no pós-parto⁽⁷⁾.

No Brasil, não se observa uma rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão devido à falta de conhecimento em sua utilização e ao tamanho das escalas que, em geral, são longas⁽⁸⁾. Entretanto, a superposição de sintomas somáticos do puerpério com a sintomatologia da depressão pode ser um importante confundidor, o que demonstra a importância de ações de rastreamento diagnóstico de depressão por profissionais não especialistas⁽¹⁾. A equipe de enfermagem integra o contingente de profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato direto com o paciente, e isso viabiliza o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas de DPP.

Evidenciou-se, a partir das décadas de 1960 e 1970, a necessidade de utilização de escalas de rastreamento na psiquiatria. Estudos relataram variações diagnósticas em uma mesma população quando avaliada por diferentes profissionais. Isto ocorre devido a inexistência de marcadores biológicos ou outras representações objetivamente mensuráveis para a maior parte dos transtornos psiquiátricos, bem como o diagnóstico realizado através de sintomas e síndromes clínicas⁽⁷⁾. Existem várias escalas de rastreamento de depressão geral validadas e publicadas em diversos idiomas (as de autoavaliação, as aplicadas por observado-

res, as de avaliação global e as mistas)⁽⁶⁾. As escalas de autoavaliação apresentam vantagens de uso em pacientes com transtorno de humor, uma vez que estes estão em posição única de fornecer dados sobre seus sentimentos e seu humor. As desvantagens incluem a dificuldade em analisar a confiabilidade, além do fato de que a sua utilização requer um grau mínimo de escolaridade e cooperação dos respondentes. Pacientes com patologias graves podem não se concentrar o suficiente para responder às questões⁽⁷⁾.

A avaliação dos sintomas depressivos depende das categorias que serão incluídas no instrumento, sendo esta a principal diferença entre as escalas. São exemplos de categorias de sintomas depressivos: humor (tristeza, crises de choro ou risos), sintomas somáticos (alterações no sono, apetite e peso), sinais motores (inibição, agitação), comportamentos sociais (apatia, isolamento), aspectos cognitivos (ideação de culpa e suicídio), ansiedade (psíquica, fóbica, somática) e irritabilidade (hostilidade, autoagressão). Nem todas as categorias são abordadas nas escalas, por isso, quando o pesquisador escolhe a escala a ser utilizada em um estudo, deve observar quais são os pontos pertinentes e qual é a escala mais adequada^(7,8). Nos estudos sobre depressão puerperal, encontramos as seguintes escalas: *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS), *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), *Hopkins Symptom Check List* (SCL-25) e *Self-Report Questionnaire 20* (SRQ-20). Elas variam no número de perguntas e nas categorias de sintomas abordados^(7,9-11).

As escalas de rastreamento de sintomas depressivos fazem parte da estratégia de busca ativa. São muito utilizadas em pesquisas, mas não na prática propriamente. Essa conduta pode estar relacionada à não familiaridade com o uso de escalas, ao tamanho ou ao tempo necessário para preenchê-las⁽¹²⁾.

Considerando a alta prevalência da DPP e a importância da detecção precoce, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento de depressão pós-parto aplicadas até 16 semanas após o parto em puérperas acima de 15 anos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática sobre as escalas de rastreamento para diagnóstico de de-

pressão pós-parto. Esse método propõe-se a fazer uma síntese das informações disponíveis em dado momento acerca de um tema/problema específico. É objetivo e reproduzível por apresentar princípios gerais, como, por exemplo, a exaustão na busca de estudos analisados e a seleção justificada por meio dos critérios de inclusão e exclusão explícitos^(13,14).

Outra vantagem dessa metodologia é a de reunir uma grande quantidade de informações, com rigor científico suficiente para refinar os estudos existentes, o que torna mais fácil o acesso às informações. Além disso, serve de base científica para a formulação de condutas e protocolos de tratamento.

No presente estudo, foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Adolec. Foram considerados os estudos entre os anos de 1999 a 2009, com os seguintes descritores, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): depressão pós-parto ou depressão puerperal e escalas de rastreamento.

Foram incluídos na busca artigos com delineamento de ensaio clínico, estudo de coorte, caso controle e transversal, em puérperas acima de 15 anos até 16 semanas após o parto, nos idiomas português ou inglês. Os artigos deveriam indicar a definição e a validação precisa dos instrumentos utilizados. Os estudos excluídos foram aqueles que não preenchem os critérios metodológicos de inclusão ou os que abordaram a DPP sem enfoque no rastreamento.

A pesquisa em bases de dados, a aplicação dos testes de relevância e a seleção dos artigos foram realizadas pelas duas autoras. Os estudos referidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez⁽¹⁴⁾. Os aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados estão referenciados ao longo deste estudo, juntamente com o ano de publicação da obra, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos Direitos Autorais⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

Seguindo a metodologia, foram encontrados na primeira busca 424 resumos, 401 no MEDLINE, 10 no Adolec, 9 no LILACS e 4 no SciELO. De

acordo com o objetivo e os critérios descritos, foram selecionados, através de uma leitura preliminar dos resumos, 62 estudos do MEDLINE, 6 do Adolec, 2 do LILACS e 2 do SciELO, totalizando 72 estudos. Destes, foram excluídos 10 resumos cujos artigos não foram encontrados.

Portanto, foram lidos 62 estudos na íntegra, sendo que 18 artigos preencheram completamente os critérios de inclusão. Foram excluídos 44 ar-

tigos devido à coleta de dados ter ocorrido após 16 semanas do parto ou devido à ausência do delineamento preconizado. Os estudos incluídos foram publicados entre 2004 e 2009, sendo que três deles foram realizados no Brasil. Houve predominância de estudos europeus, porém estudos realizados na América do Norte e Ásia também integram a amostra. As características gerais dos estudos estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos, considerados local de origem, delineamento, tamanho da amostra e período em que os dados foram coletados. Porto Alegre, RS, 2009.

Autores/Ano	Local	Delineamento	Amostra	Pré-parto*	Pós-parto
Teissèdre <i>et al.</i> , 2004 ⁽¹⁶⁾	França	Longitudinal	1154	-	2-3 dias 4-6 semanas
Cruz <i>et al.</i> , 2005 ⁽¹¹⁾	Brasil	Transversal	70	-	2-16 semanas
Iranfar <i>et al.</i> , 2005 ⁽¹⁷⁾	Irã	Longitudinal	Total = 63	37 ± 2	10 dias
Dennis e Ross, 2006 ⁽¹⁸⁾	Canadá	Longitudinal	594	-	1-4 semanas 8 semanas
Vittayanont <i>et al.</i> , 2006 ⁽¹⁹⁾	Tailândia	Transversal	400	-	6-8 semanas
Csator dai <i>et al.</i> , 2007 ⁽²⁰⁾	Hungria	Transversal	1.656	-	0-6 semanas
Liabsuetracul, 2007 ⁽²¹⁾	Tailândia	Prospectivo	400	36-40	6-8 semanas
Mancini, 2007 ⁽⁹⁾	Estados Unidos	Transversal	755	-	6 semanas
Santos, 2007 ⁽²²⁾	Brasil	Longitudinal	Total = 886 Segmento = 378	-	15 dias 12 meses
Vivilaki <i>et al.</i> , 2009 ⁽²³⁾	Grécia	Transversal	120	-	Até 16 semanas
Weobong <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁴⁾	Gana	Transversal	160	-	5-11 semanas Re-teste 2 semanas
40					
Imsiragić <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁵⁾	Croácia	Transversal	103	-	3 dias
Reck <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁶⁾	Alemanha	Longitudinal	853	-	2-12 semanas
Mishina <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁷⁾	Japão	Transversal	103	-	4 semanas
Csator dai <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁸⁾	Hungria	Transversal	1552	-	6 semanas
Guest; Stamp, 2009 ⁽²⁹⁾	Austrália	Transversal	68	-	6-8 semanas
Grussu; Quatraro, 2009 ⁽³⁰⁾	Itália	Retrospectivo	297	32-40	6-8 semanas
Figueira <i>et al.</i> , 2009 ⁽³¹⁾	Brasil	Transversal	245	-	5-12 semanas

* Em semanas gestacionais.

As escalas de rastreamento dos estudos foram aplicadas por profissionais da área da saúde treinados (médicos obstetras e psiquiatras, enfermeiros, obstetras e psicólogos). O contato profissional com a paciente variou entre os estudos, porém a maioria realizou entrevista face a face durante a internação obstétrica, na consulta puerperal ou em visita domiciliar. O período de avaliação no puerpério imediato variou de 2 a 10 dias pós-parto e a segunda avaliação ocorreu entre 8 a 16 semanas pós-parto.

Através da leitura desses estudos na íntegra, foi possível observar outros aspectos relativos às amostras, como os dados socioeconômicos e obstétricos (idade, paridade, tipo de parto, estado civil, entre outros). Tais fatores são descritos como fatores de risco para desenvolvimento da DPP, em-

bora os estudos tenham sido heterogêneos ao avaliar essas variáveis.

Quanto às características sociodemográficas da amostra dos estudos, a média de idade das pacientes variou de 15 a 30 anos, com predomínio de puérperas casadas (união estável com o parceiro), variando de 50 a 97%. A etnia predominante foi caucasiana, entre 33 a 91% nos estudos. O grau de escolaridade predominante foi secundário, variando de 35 a 44%. O restante das amostras incluía analfabetos funcionais, educação fundamental e superior, sendo que a instrução de nível superior foi a menos frequente, variando de 13 a 27%. A ocupação mais comum foi atividade do lar e a renda familiar prevalente, quando apresentada nos estudos, foi a de menor faixa salarial. No entanto, não foi viável padronizar a média salarial devido à variedade de países em que os estudos foram realizados.

Tabela 2 – Escalas de rastreamento de Depressão pós-parto utilizadas, com as propriedades psicométricas e respectivos resultados dos estudos incluídos. Porto Alegre, RS, 2009.

Autores/Ano	Escala	Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Resultados
Teissèdre <i>et al.</i> , 2004 ⁽¹⁶⁾	EDPS	10	71 a 94%	78 a 34%	Escore 2-3 dias pós-parto: ≥ 10 = 11,3%; ≥ 13 = 13,4%; ≤ 10 = 75,3% Escore 4-6 sem. pós-parto: ≥ 10 = 12,6%; ≥ 13 = 8,8%; ≤ 10 = 78,6%
Cruz <i>et al.</i> 2005 ⁽¹¹⁾	EDPS SRQ-20	10 08	72% 77%	89% 81%	DPP = 37,1% através da EDPS TMC = 37,1% através de SRQ-20
Iranfar <i>et al.</i> , 2005 ⁽¹⁷⁾	BDI	10	NA	NA	GP = 23 (25,6%) X GNP = 19 (48,7%) Risco relativo DPP = 1,9 para GNP
Dennis, Ross, 2006 ⁽¹⁸⁾	EDPS	09	NA	NA	DPP 1ª semana pós-parto = 175 (29,5%), DPP 8ª semana pós-parto = 101 (20,3%), 78 (79,2%) com DPP 1ª semana pós-parto
Vittayanont <i>et al.</i> , 2006 ⁽¹⁹⁾	PDSS-7	DPP Menor = 51 DPP Maior = 90	72% 75%	79% 99%	Total de DPP= 40 (10%) DPP menor= 36 (9%) DPP maior= 4 (1%)
Csator dai <i>et al.</i> , 2007 ⁽²⁰⁾	LQ	> 10	NA	NA	Vulnerabilidade para DPP = 892 (53,9%) Total de DPP= 40 (10%)
Liabsuetracul, 2007 ⁽²¹⁾	PDRS	32 a 33	80%	74%	DPP menor = 36 (9%) DPP maior = 4 (1%)
Mancini, 2007 ⁽⁹⁾	PDSS-7 PDSS	14 60	94%	98%	DPP (PDSS-7) = 121 (16%) DPP (PDSS) = 151 (20%)
Santos <i>et al.</i> , 2007 ⁽²²⁾	EDPS	10	59,5%	88,4%	Melhor ponto de corte ≥ 10 Casos moderados e graves ≥ 11 = 83,8% de sensibilidade e 74,7% de especificidade
Vivilaki <i>et al.</i> , 2009 ⁽²³⁾	BDI-II EDPS	9 12,5 = DPP maior 8,5 = DPP leve/ moderada	- 76,66%	- 68,33%	Total de DPP = 60 (50%) DPP maior = 8 (6,7%) DPP moderada = 14 (11,7%) DPP leve = 38 (31,7%)
Weobong <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁴⁾	CPRS SRQ-20 EDPS PHQ-9	Padrão-ouro 7 11 5	77% 78% 94%	63% 73% 75%	Sem sintomas = 117 (73,1%) Sintomas leves ou teste duvidoso = 25 (15,6%) Sintomas moderados = 18 (11,3%) Sintomas graves = 0 (0%) Com complicações perinatal = 61 (59%) Média = 13,51 ± 14,12
Imsiragic <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁵⁾	IES-R EPDS	24-32 10	>70% NA	>70% NA	Sem complicações = 42 (41%) Média = 4,67 ± 5,43; p < 0.001 Com complicações - Média = 7,03 ± 3,90 Sem complicações - Média = 3,86 ± 2,76; p < 0.001
Reck <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁶⁾	PHQ-D EDPS	13	NA	NA	Total de <i>Post Partum blues</i> : 2 semanas = 339 (47,5%); 6 semanas = 254 (51,4%) DPP em 2 semanas = 55 (7,7) OR = 4.5 (2.3-9.8) DPP em 6 semanas = 28 (5,7%) OR = 4.6 (1.7-15.4)
Mishina <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁷⁾	EDPS Two Question Questionary	9 1	88% 96%	76% 57%	Sem sintomas = 86 (83,5%) DPP = 17 (16,5%) Sem sintomas = 67 (65%) Score 1 = 25 (24,3%) Score 2 = 11 (10,7%)
Csator dai <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁸⁾	LQ	11/12	88%	94,4%	Controles = 258; LQ média = 6,84 ± 2,17 DPP menor = 173; LQ média = 11,53 ± 1,3 DPP maior = 146; LQ média = 16,14 ± 2,89
Guest, Stamp, 2009 ⁽²⁹⁾	EDPS	12	NA	NA	DPP = 7 (10%)
Grussu, Quatraro, 2009 ⁽³⁰⁾	EPDS GHQ12	< 9 < 3	94,4% 92%	87,4% 41%	Prevalência de sintomas de DPP = 39 (13%)
Figueira <i>et al.</i> , 2009 ⁽³¹⁾	EDPS	10	86,4%	91,1%	DPP = 66 (26,9%)

Legenda: DPP = Depressão pós-parto; SP = Sintomas potenciais; TMC = Transtorno mental comum; GP = Gestação planejada; GNP = Gestação não planejada; EDPS = *Edimburg Depression Postpartum Scale*; SRQ-20 = *Report Questionnaire 20*; BDI = *Beck Depression Inventory*; PDSS = *Postpartum Depression Screening Scale*; LQ = *Leverton Questionnaire*; PDRS = *Postpartum Depression Risk Scale*; PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire*; CPRS = *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*; CES-D = *Center for Epidemiologic Studies - Depression*; IES-R = *Impact of Events Scale revised*; ASQ-15 = *Anxiety Screening Questionnaire*; PHQ-D = *Patient Health Questionnaire-Depression*; NA = não apresentado.

O tipo de parto mais frequente foi o parto vaginal, variando de 58 a 86%, enquanto os demais foram partos cesáreos. As primíparas predominam em quase todas as amostras, variando de 35 a 52%. Alguns estudos apresentam a taxa de primíparas maior que a de primigestas devido aos abortos já realizados. Nos estudos que apresentam essa variável, o percentual varia de 2,9 a 50%, incluindo história de aborto em gestação prévia e tentativa malsucedida na gestação atual.

A Tabela 2 apresenta a escala utilizada em cada estudo para o rastreamento de depressão com respectivas propriedades psicométricas e resultados encontrados. A prevalência de DPP variou de 8,8 a 40%. Nos estudos que realizaram mais de uma avaliação, houve diferença na prevalência da primeira e segunda avaliação, variando de 11,3 a 29,5% na primeira avaliação e de 8,8 a 20,3% na segunda avaliação^(16,18,26).

Pode-se observar que os estudos incluídos também investigaram os fatores de risco para DPP. Verificou-se uma associação significativa para DPP: gestação não planejada^(17,20); presença de sintomas depressivos na primeira semana do pós-parto^(16,18); história prévia ou familiar de transtorno mental, baixa autoestima, história de abuso na infância e fraco suporte social⁽¹⁹⁾. Também se observou uma associação significativa entre DPP, desfechos obstétricos desfavoráveis e história de abortos induzidos ou espontâneos ($p < 0,001$)⁽²⁰⁾.

DISCUSSÃO

Após a análise dos estudos, evidencia-se que as escalas de rastreamento são úteis na identificação de pacientes que estão em risco de desenvolver DPP, porém não se observa a utilização destas ferramentas na rotina assistencial, o que possibilitaria diagnóstico e tratamento precoces. Estão disponíveis escalas de rastreamento de diversos tamanhos e questões abordadas, possibilitando aos serviços de saúde opções que melhor se adaptem à assistência prestada^(8,12).

Em relação à prevalência de DPP, os resultados das escalas de rastreamento são controversos. Provavelmente, quando se identifica sintomas no puerpério imediato, é devido à ocorrência do blues, que inicia mais precocemente, podendo atingir até 80% das puérperas e desaparecendo em 2 semanas. A DPP tende a iniciar na quarta semana de puerpério⁽²⁰⁾.

No entanto, a presença de sintomas de depressão já na primeira semana do pós-parto foi preditor para depressão em 8 semanas. Além disso, se a puérpera apresentar história prévia ou familiar de transtorno mental, baixa autoestima, história de abuso na infância ou fraco suporte social, recomenda-se iniciar com intervenções para DPP⁽¹⁸⁾. Outro estudo também encontrou correlação positiva entre os maiores escores da EDPS nos primeiros dias após o parto como preditor de DPP em 4 a 6 semanas do puerpério⁽¹⁶⁾.

Nota-se que a EDPS foi utilizada em vários estudos com diferentes pontos de corte (Tabela 2). Sabe-se que o ponto de corte varia de acordo com o tamanho da amostra e da prevalência da doença em questão para equilibrar os valores de sensibilidade e especificidade que são importantes nas avaliações através de escalas. Encontrar o instrumento ideal é tarefa difícil. Como os dados de avaliação clínica em geral são séries sucessivas de valores, procura-se localizar o ponto de corte que aproxime a sensibilidade e a especificidade dos instrumentos⁽⁷⁾.

Os fatores de risco foram analisados, na maior parte dos estudos, de maneira desigual. Por exemplo, recomenda-se o rastreamento de DPP para puérperas com gravidez não planejada devido ao fato de que as gestantes que planejaram a gravidez apresentaram 50% menos DPP⁽¹⁶⁾. Outros fatores de risco, como aleitamento materno, número de gestações, idade materna, tipo de parto, prematuridade e baixo peso do bebê ao nascer, não apresentaram associação significativa para DPP nos estudos incluídos nesta revisão^(11,17,21,22). Um dado importante observado nos 18 artigos incluídos foi a alta taxa de responsividade, em média mais de 80%, o que indica aceitabilidade e preocupação por parte das pacientes sobre essa temática.

Cabe pontuar algumas limitações deste trabalho. Entre os artigos selecionados, verificou-se a heterogeneidade de tipos de escalas utilizadas, o período de aplicação e seguimento e a variabilidade do ponto de corte da mesma escala em diferentes estudos. Entretanto, os artigos incluídos foram originados de países de todos os continentes, com culturas muito diferentes, e as conclusões foram semelhantes. Antes de serem utilizadas em pesquisa, as escalas passam por um processo de validação que deve ser transcultural, ou seja, preconiza-se que o instrumento seja validado naquele meio em que se pretende realizar a pesquisa.

CONCLUSÕES

Ao final deste estudo, foi possível concluir que a DPP é um problema de saúde pública por ser prevalente e, muitas vezes, subdiagnosticado. É provável que parte dessa situação deva-se ao desconhecimento da população e dos profissionais quanto ao quadro clínico e suas repercussões - tanto para a puérpera quanto para o filho e a família.

As escalas de rastreamento não são utilizadas na rotina assistencial, porém são amplamente utilizadas em pesquisa com bons resultados⁽³²⁾. A diversidade de instrumentos com enfoque no rastreamento de DPP ou risco de desenvolvê-la favorece a busca da escala apropriada para os diferentes serviços de saúde, nos diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal.

Alguns dos fatores de risco descritos na literatura são confirmados nos estudos incluídos neste trabalho, a saber: baixa renda, baixo grau de escolaridade, falta de suporte social do parceiro e gravidez não planejada. Portanto, é exatamente em puérperas com tais características que se deve realizar o rastreamento de DPP.

Os profissionais da enfermagem, por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento diário de 24 horas, devem ser capacitados e qualificados na identificação de traços depressivos e na utilização de instrumentos de rastreamento no puerpério imediato favorecendo o acompanhamento posterior nas consultas de revisão puerperal.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. Rev Eletrônica Enferm. 2005;7(2): 231-8.
- 2 American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 3 Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatria. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 4 Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):65-70.
- 5 Silva DG, Souza MR, Moreira VP, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. Rev Mal-Estar Subj. 2003;3(2):439-50.
- 6 Schimidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psicol USF. 2005;10(1):61-8.
- 7 Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW, organizadores. Escalas de avaliação em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000.
- 8 Machado SCEP, Goldim JR, Fleck MPA, Eirizik CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. Rev Gaúcha Enferm. 2003;24(2):209-14.
- 9 Mancini F, Calson C, Albers L. Use of Postpartum Depression Screening Scale in a collaborative obstetric practice. J Midwifery Womens Health. 2007;52(5): 429-34.
- 10 Eberhard-Gran M, Eskild A, Samuelsen SO, Tambs K. A short matrix-version of the Edinburgh Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 2007;116(3):195-200.
- 11 Cruz EBS, Simões GL, Faysal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da família. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(4):181-8.
- 12 Machado SCEP. Desempenho de uma nova escala de depressão em um hospital geral brasileiro [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- 13 Coutinho ESF. Meta-análise. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KU, Raggio LE, Werneck G, organizadores. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 447-55.
- 14 Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(4):491-8.
- 15 Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio (BR). Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998: altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília (DF); 1998.
- 16 Teissèdre F, Chabrol H. Detecting woman at risk for postnatal depression using the Edinburgh Pstnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. Can J Psych. 2004;49(1):51-4.
- 17 Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Ra-zaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for

- depression in Iranian woman? East Mediterr Health J. 2005;11(4):618-24.
- 18 Dennis C, Ross LE. Depressive symptomatology in the immediate postnatal period: identifying maternal characteristics related to true- and false-positive screening scores. Can J Psych. 2006;51(5):265-73.
- 19 Vittayanont A, Liabsuetrakul T, Pitanupong J. Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): a Thai version for screening postpartum depression. J Med Assoc Thai. 2006;89(1):1-7.
- 20 Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Tóth E, Krajcsi A, Sefcsik T, et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. Pat Educ Couns. 2007;67(1/2):84-92.
- 21 Liabsuetracul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. J Obst Gynecol Res. 2007;33(3):333-40.
- 22 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 Saúde Pública. 2007;23(11):2577-88.
- 23 Vivilaki VG, Dafermos V, Kogevinas M, Bitsios P, Lionis C. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. BMC Public Health. 2009;9(329):1-11.
- 24 Weobong B, Akpalu B, Doku V, Owusu-Agyei S, Hurt L, Kirkwood B, et al. The comparative validity of screening scales for postnatal common mental disorder in Kintampo, Ghana. J Affect Disord. 2009; 113(1):109-17.
- 25 Imsiragic AS, Begic D, Martic-Biocina S. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery: observational, comparative study. Coll. Antropol. 2009;33(2):521-7.
- 26 Reck C, Stehle E, Reining K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. J Affect Disord. 2009;113(1/2):77-87.
- 27 Mishina H, Hayashino Y, Fukuhara S. Test performance of two-question screening for postpartum depressive symptoms. Pediatr Int. 2009;51(1): 48-53.
- 28 Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Dudas R, Tóth E, Sikovanyecz J, et al. Validation of Leverton Questionnaire as a screening tool for postnatal depression in Hungary. Gen Hosp Psychiatry. 2009; 31(1):56-66.
- 29 Guest ML, Stamp GE. South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care. Rural Remote Health [Internet]. 2009 [cited 2010 Mar 25]. Available from: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1101.pdf.
- 30 Grussu P, Quatraro RM. Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from antenatal classes. European Psych. 2009;24(1):327-33.
- 31 Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 1):79-84.
- 32 ScharDOSim JM. Revisão sistemática sobre escalas de rastreamento para depressão pós-parto [monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Endereço da autora / Dirección del autor /

Author's address:

Elizeth Heldt

Rua São Manoel, 963, sala 218

90620-110, Porto Alegre, RS

E-mail: eliz.h@globo.com

Recebido em: 16/06/2010

Aprovado em: 08/04/2011