

Patrícia Figueira

Humberto Corrêa

Leandro Malloy-Diniz

Marco Aurélio Romano-Silva

# Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde

## Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar a utilização da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo como instrumento de triagem no sistema público de saúde.

**MÉTODOS:** A Escala foi administrada entre o 40º e 90º dia do pós-parto, a 245 mulheres que tiveram parto em uma maternidade privada no município de Belo Horizonte (MG), entre 2005 e 2006. As participantes foram submetidas a uma entrevista psiquiátrica estruturada (Mini-Plus 5.0) utilizada como padrão-ouro para diagnóstico de depressão. Foram calculadas sensibilidade e especificidade da escala e utilizou-se a curva ROC para achar o melhor ponto de corte. Foi utilizado o teste t de Student para comparação das variáveis numéricas e o qui-quadrado para as variáveis categóricas. A confiabilidade foi aferida pelo coeficiente de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach.

**RESULTADOS:** Foram diagnosticadas 66 mulheres com o quadro depressivo pós-parto (26,9% da amostra). Não houve diferença entre as mulheres com e sem depressão pós-parto em relação à idade, escolaridade, número de partos anteriores e estado civil. Utilizando-se o ponto de corte de 10, a sensibilidade da escala foi 86,4, a especificidade 91,1 e o valor preditivo positivo 0,78.

**CONCLUSÕES:** As propriedades psicométricas da Escala a caracterizam como um bom instrumento de triagem da depressão pós-parto e seu uso disseminado no Sistema Único de Saúde poderia repercutir positivamente com aumento significativo na taxa de reconhecimento, diagnóstico, e tratamento da depressão pós parto.

**DESCRITORES:** Depressão Pós-Parto. Triagem. Escalas de Graduação Psiquiátrica. Sensibilidade e Especificidade. Validade dos Testes.

Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Marco Aurélio Romano-Silva  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Av. Alfredo Balena, 190 – Sta Efigênia  
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: romano-silva@ufmg.br

Recebido: 19/11/2008  
Aprovado: 23/04/2009

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To evaluate the utilization of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool in the public health system.

**METHODS:** The Scale was administered between the 40<sup>th</sup> and 90<sup>th</sup> day after delivery to 245 mothers whose delivery occurred at a private maternity hospital located in the municipality of Belo Horizonte, Southeastern Brazil, from 2005 to 2006. All participants were submitted to a structured psychiatric interview (Mini-Plus 5.0), used as gold standard for postpartum depression diagnosis. The scale's sensitivity and specificity were calculated, and the receiver operating characteristic (ROC) curve was used to find the best cut-off point. Student's t test was employed to compare numeric variables and chi-square was used for the categorical variables. Reliability was calculated by Cronbach's coefficient  $\alpha$  of internal consistency.

**RESULTS:** Postpartum depression was diagnosed in 66 women (26.9% of the total sample). No differences were found between women with and without postpartum depression concerning age, level of schooling, number of prior deliveries, and marital status. Using 10 as the cut-off point, the scale's sensibility was 86.4, the specificity was 91.1, and the positive predictive value, 0.78.

**CONCLUSIONS:** The psychometric properties of the Scale characterize it as a good screening tool for postpartum depression and its disseminated use in *Sistema Único de Saúde* (SUS – National Health System) could have positive impacts, with a significant increase in the recognition, diagnosis and treatment of postpartum depression.

**DESCRIPTORS:** Depression, Postpartum. Triage. Psychiatric Status. Rating Scales. Sensitivity and Specificity. Validity of Tests.

---

## INTRODUÇÃO

A gestação e o pós-parto são considerados períodos de elevado risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos. De acordo com Vesga-López et al,<sup>23</sup> entre 15% e 29% das mulheres durante estas fases manifestam alguma psicopatologia. Dentre essas, a depressão pós-parto (DPP) está entre as mais prevalentes, podendo afetar uma em cada oito mulheres após a gestação.<sup>16</sup> No Brasil, estudo de base populacional indicou prevalência ainda maior (19,1%), o que corresponde a quase uma puérpera em cada cinco.<sup>11</sup>

Provavelmente, embora não completamente conhecida, a DPP tem etiologia multifatorial. Aspectos socioeconômicos,<sup>4,11</sup> presença de transtornos psiquiátricos anteriores à gestação,<sup>4,16</sup> e pré-disposição genética<sup>22</sup> estão entre os possíveis fatores que podem contribuir para o surgimento da DPP.

O impacto negativo da DPP é significativo não apenas para a paciente e a família, mas também para o recém-nascido. A DPP pode prejudicar a interação mãe-filho<sup>14</sup> e potencializar dificuldades de desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança nas primeiras fases da vida.<sup>12</sup> Além disso, as crianças de

mães deprimidas podem apresentar prejuízos relativos ao ganho ponderal.<sup>18</sup> Em relação a outros transtornos psiquiátricos durante o pós-parto, a DPP está também associada a maior risco de manifestação de comportamentos agressivos, incluindo tentativas de suicídio<sup>17</sup> e infanticídio.<sup>8</sup>

A despeito de sua gravidade e de seu impacto para a mulher e para o neonato, a DPP é um transtorno frequentemente negligenciado e, portanto, subdiagnosticado.<sup>5,8</sup> Entre outros fatores, isso pode ser atribuído a características socioculturais associadas à maternidade que dificultam que a paciente e seus familiares percebam que tais sintomas depressivos fazem parte de um adoecimento e, dessa forma, predisõem-se a minimizá-los e a interpretá-los do ponto de vista moral.<sup>1</sup> Além disso, algumas ocorrências frequentes no período pós-parto, como alterações do sono, do apetite e fadiga, são também sintomas depressivos que muitas vezes podem ocultar o diagnóstico da DPP. Assim, quando não diagnosticada e tratada, a DPP pode durar vários meses ou anos, aumentando o risco de outros episódios depressivos no futuro.<sup>13</sup>

Dentre as tentativas de se desenvolverem instrumentos de triagem para facilitação da identificação e tratamento dos quadros de DPP, um dos instrumentos mais utilizados é a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*).<sup>6,10,15</sup> Desde seu desenvolvimento, a EPDS foi adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil.<sup>20,21</sup> É uma escala auto-aplicável, constando de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos.

Pequenas diferenças relacionadas ao ponto de corte mais indicado para identificação da DPP, bem como a sua especificidade, foram verificadas em estudos realizados no Brasil.<sup>20,21</sup> Tais diferenças podem ser explicadas por variações metodológicas e inter-regionais, sugerindo a necessidade de estudos em outras regiões brasileiras para possibilitar uma melhor compreensão da aplicabilidade da EPDS em saúde pública.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para utilização como instrumento de triagem no sistema público de saúde.

## MÉTODOS

A amostra foi composta por 245 mulheres, selecionadas aleatoriamente a partir dos dados de registro de internação, que corresponderam a 20% de todas as mulheres que tiveram parto em maternidade privada de Belo Horizonte (MG), entre agosto de 2005 e dezembro de 2006.

A Mini-Plus 5.0<sup>3</sup> foi utilizada como padrão-ouro para o diagnóstico de depressão. Todas as participantes responderam à Mini-Plus, baseada nos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição, (2000) (DSM-IV)<sup>2</sup> – e aplicada por uma psiquiatra treinada. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo mesmo profissional que teve acesso às pacientes em suas residências. A Mini-Plus foi administrada logo após a EDPS. Na aplicação da EDPS utilizou-se a adaptação brasileira da escala feita por Santos et al<sup>21</sup> e consistiu em visita domiciliar das entrevistadas por uma enfermeira. Além da aplicação desta escala foi feita também uma entrevista semi-estruturada para a obtenção dos dados demográficos. Cada avaliadora dos instrumentos se manteve cega em relação aos resultados obtidos pela outra até o final do estudo. As entrevistas foram feitas entre o quadragésimo e o nonagésimo dia do pós-parto.

Para avaliar a validade discriminante da EPDS, as participantes foram divididas em dois grupos de acordo com a presença (ou não) do diagnóstico de DPP obtido pela Mini-Plus. Os dois grupos foram comparados com

relação a escore na EPDS, idade, escolaridade, número de gestações e estado civil. Foram utilizados o teste t de Student para comparação entre os grupos nas variáveis numéricas e o qui-quadrado com relação às variáveis categóricas. As propriedades psicométricas da EPDS foram avaliadas a partir da sensibilidade e especificidade. Para definir o melhor ponto de corte, foi utilizada a *receiver operator curve* (ROC). A confiabilidade da escala foi aferida por meio do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach.

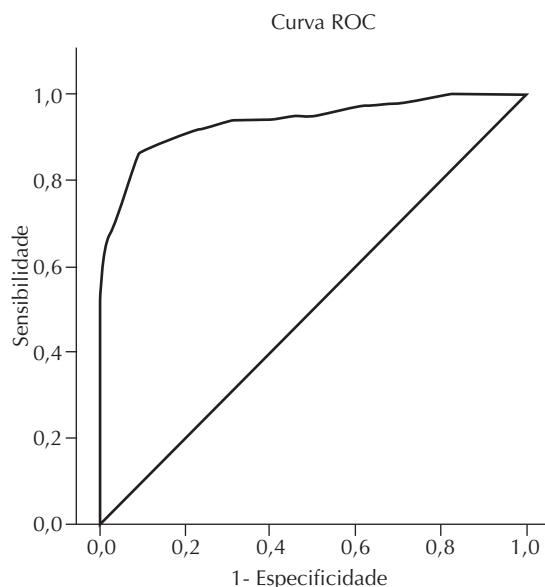
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Processo 227/05). Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

A idade (média=30,7; desvio-padrão=5,8) das participantes variou de 16 a 50 anos. Todas as participantes tinham pelo menos oito anos de estudo formal e a maioria completou o ensino superior (n=130; 53,1%). Em relação ao estado civil, 48 mulheres eram solteiras (19,6%), 191 eram casadas (78,0%), quatro viviam com seus companheiros (1,6%) e duas estavam separadas (0,8%).

Foram diagnosticadas 66 mulheres com quadro de DPP (26,9% da amostra). Não foram observadas diferenças entre os grupos com relação à idade, escolaridade, número de partos anteriores e estado civil (Tabela 1).

Considerando-se as propriedades da EPDS, encontrou-se coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, indicando alta consistência interna do instrumento. Na Figura são



**Figura 1.** Curva ROC para a performance na EPDS em comparação ao diagnóstico de depressão pós-parto baseado em critérios do DSM-IV (padrão-ouro). Belo Horizonte, MG, 2005-2006.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos grupos de participantes com e sem diagnóstico de depressão pós-parto. Belo Horizonte, MG, 2005-2006.

Variável	Grupo				Qui-quadrado	gl	p
	Mulheres com depressão pós-parto (n = 66)		Mulheres sem depressão pós-parto (n=179)				
	n	Frequência (%)	n	Frequência (%)			
<b>Grupo etário</b>							
16   20 anos	4	6,1%	10	5,6%			
21   30 anos	29	43,9%	73	40,8%			
31   40 anos	31	47,0%	91	50,8%			
41   50 anos	2	3,0%	5	2,8%	0,289	3	0,962
<b>Escolaridade</b>							
Ensino fundamental	7	10,6%	6	3,4%			
Ensino médio	29	43,9%	73	40,8%			
Ensino superior	30	45,5%	100	55,9%	5,883	2	0,054
<b>Estado civil</b>							
Solteira	13	19,7%	35	19,6%			
Casada	52	78,8%	139	77,7%			
Outros	1	1,5%	5	2,8%	0,330	2	0,848
<b>Número prévio de gestações</b>							
1	40	60,6%	90	50,3%			
2	16	24,2%	62	34,6%			
3	7	10,6%	19	10,6%			
4 ou mais	3	4,5%	8	4,5%	3,247	3	0,517
<b>Estado ocupacional</b>							
Não trabalha fora de casa	25	37,9%	56	31,3%			
Trabalha um turno fora de casa	20	30,3%	59	33,0%			
Trabalha dois turnos fora de casa	21	31,8%	64	35,7%	0,955	2	0,620

apresentados os resultados da análise da curva ROC para o escore total da EPDS. A área total da curva ROC foi de 0,937 (erro-padrão = 0,20;  $p < 0,001$ ) indicando excelente capacidade da EPDS em discriminar mulheres acometidas pela DPP. A Tabela 2 apresenta os resultados da especificidade e sensibilidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo da EPDS para os pontos de corte 9, 10, 11, 12 e 13.

## DISCUSSÃO

No geral, os estudos que validaram a EPDS mostram uma alta sensibilidade e especificidade, assim como

um alto valor preditivo.<sup>10,15,20,21</sup> O estudo conduzido em Brasília<sup>21</sup> (DF) incluiu 69 mulheres que apresentavam um tempo médio de puerpério de 10,2 semanas. De acordo com os autores, o melhor ponto de corte para a escala foi 11, com 84% de sensibilidade, e 82% de especificidade. O estudo feito em Pelotas<sup>20</sup> incluiu 378 mulheres no terceiro mês após o parto, sugerindo dez como o melhor ponto de corte para a triagem da DPP, com 82,6% de sensibilidade e 65,4% de especificidade.

Em nosso estudo, além de mostrar boa capacidade de discriminar gestantes com o diagnóstico de DPP, o

**Tabela 2.** Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo na Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. Belo Horizonte, MG, 2005-2006.

Escore na EPDS (ponto de corte)	Sensibilidade	Especificidade	Valor preditivo positivo	Valor preditivo negativo
9	89,4	84,4	0,68	0,95
10	86,4	91,1	0,78	0,94
11	72,7	95,5	0,85	0,90
12	68,2	97,2	0,91	0,89
13	63,6	98,9	0,94	0,88

instrumento apresentou boa consistência interna. Em comparação aos dois outros estudos realizados no País, a sensibilidade da EPDS foi semelhante às encontradas anteriormente e a especificidade para os diferentes pontos de corte foi mais elevada. O melhor ponto de corte foi dez, como no estudo de Pelotas (RS), com 86,4% de sensibilidade e 91,1% de especificidade.

A prevalência de DPP do nosso estudo (26,9%) esteve dentro da margem frequentemente encontrada na literatura que, segundo Vesga-López et al,<sup>23</sup> tem variado entre 15% e 29%. No entanto, se comparada a outros estudos brasileiros, a prevalência de DPP encontrada no presente estudo foi maior: Moraes et al<sup>11</sup> (19,1%, Pelotas), Da Silva et al<sup>7</sup> (12%, Recife, PE) e Santos et al<sup>21</sup> (13,2%, DF). Por outro lado, foi menor que a encontrada por Ruschi et al,<sup>19</sup> (39,4%) (Vitória, ES). Podem contribuir para as diferenças entre os estudos

os aspectos metodológicos relacionados ao método de diagnóstico, características sociodemográficas dos sujeitos, bem como ao período do puerpério em que a mulher foi avaliada. Além disso, possíveis diferenças inter-regionais devem ser esclarecidas. Estudos futuros utilizando procedimentos uniformes de avaliação em diferentes regiões brasileiras poderão contribuir para esclarecer esta questão.

Nosso estudo corrobora com a literatura sugerindo que a EPDS constitui um instrumento adequado de triagem da depressão pós-parto, podendo ser implementada na rede pública de saúde devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde. O amplo uso da escala pode ser associado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, minimizando assim seus possíveis efeitos deletérios sobre mãe e filho.

## REFERÊNCIAS

1. Alt MS, Benetti SPC. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol Estud.* 2008;13(2):389-94. DOI: 10.1590/S1413-73722008000200022
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, DSM-IV-TR™. Washington D.C. American Psychiatric Press; 2000.
3. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;22(3):106-15. DOI: 10.1590/S1516-44462000000300003
4. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275-85. DOI: 10.1097/00006199-200109000-00004
5. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro C, Sylvia CA, Gonsales BK, Braguittoni É, Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(2):92-102. DOI: 10.1590/S0101-60832006000200009
6. 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. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
7. Da Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998;31(6):799-804.
8. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Child murder committed by severely mentally ill mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. 2005 Honorable Mention/Richard Rosner Award for the best paper by a fellow in forensic psychiatry or forensic psychology. *J Forensic Sci.* 2005;50(6):1466-71.
9. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med.* 2007;20(3):280-8. DOI: 10.3122/jabfm.2007.03.060171
10. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad-Fahmy D. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry.* 1989;154:660-7. DOI: 10.1192/bjp.154.5.660
11. Moraes I, Silva R, Pinheiro RT, Silva RA, Horta B, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(1):65-70. DOI: 10.1590/S0034-89102006000100011
12. Motta MG, Lucion AB, Manero GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurológico e psicológico da criança. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005;27(2):165-76. DOI: 10.1590/S0101-81082005000200007
13. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Bjog.* 2000;107(10):1210-17. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11609.x
14. Noorlander Y, Bergink V, van den Berg MP. Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(1):49-56. DOI: 10.1007/s00737-008-0217-0
15. O'Hara MW. Postpartum depression: Identification and measurement in a cross-cultural context. In: Cox J, Holden J, editors. Perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell; 1994. p.145-68.
16. O'Hara, MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8:37-54. DOI: 10.3109/09540269609037816
17. Pinheiro RT, Silva RA, Magalhães PV, Horta BL, Pinheiro KA. Two studies on suicidality in the postpartum. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(2):160-3. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01184.x

18. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(9):946-52. DOI: 10.1001/archpsyc.61.9.946
19. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3):274-80. DOI: 10.1590/S0101-81082007000300006
20. 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. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100005
21. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 1999;26(2):90-5.
22. Sun HS, Tsai HW, Ko HC, Chang FM, Yeh TL. Association of tryptophan hydroxylase gene polymorphism with depression, anxiety and comorbid depression and anxiety in a population-based sample of postpartum Taiwanese women. *Genes Brain Behav*. 2004;3(6):328-36. DOI: 10.1111/j.1601-183X.2004.00085.x
23. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(7):805-15. DOI: 10.1001/archpsyc.65.7.805

---

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Proc. nº: 403433/2004-5).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.