www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 163, 2026 | DOI: 10.69849/sf1x8192

Instrumentos de rastreamento da depressão pós-parto na atenção primária à saúde

Postpartum depression screening instruments in primary health care

Shaira de Oliveira Ferreira[1]
Jessica Santos de Oliveira Sodre[1]
Anne Grasiele dos Santos[1]
Jamile da Silva Carvalho[1]
Maria Eduarda Lima Reis[1]
Débora Vitória Rios Ferreira[1]
Marissol Souza Castro[1]
Maria Clara Freitas Amorim Soares[1]
Maria Hozana Santos Silva[2]
Denise Vasconcelos Moreira Marques[1]
Sâmia Milena Gomes Porto[1]
Yasmin Carvalho de Oliveira[1]

RESUMO

Objetivo: discutir o desempenho e a aplicação de instrumentos de rastreamento da depressão pós-parto na atenção primária à saúde, considerando o cuidado após resultados positivos. **Metodologia:** revisão narrativa fundamentada em busca exploratória de publicações em português e inglês, com consultas a registros PubMed, SciELO e páginas editoriais em 20 de outubro de 2026. Foram articulados estudos de validação, pesquisas em serviços, revisões e uma diretriz clínica, selecionados por pertinência. Não houve busca exaustiva, seleção independente por dois revisores ou avaliação formal do risco de viés. **Resultados:** a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e o Patient Health Questionnaire-9 apresentam evidências de utilidade no período perinatal. Seu desempenho depende da população, do ponto de corte e do método diagnóstico de referência. A aplicação na atenção primária é influenciada por capacitação, tempo, aceitabilidade e acesso à avaliação subsequente. Estudos de programas integrados sugerem benefícios quando o rastreamento é articulado a diagnóstico, tratamento e acompanhamento; esses resultados não podem ser atribuídos somente à aplicação da escala. **Conclusão:** a escolha do instrumento deve ser acompanhada da definição de responsabilidades e fluxos assistenciais. Recomenda-se distinguir resultado positivo, avaliação clínica, encaminhamento efetivado e início do tratamento na análise dos serviços. As conclusões são interpretativas e limitadas pelo caráter não sistemático da revisão.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Atenção primária à saúde; Rastreamento; Saúde mental materna; Continuidade da assistência.

ABSTRACT

Objective: To discuss the performance and use of postpartum depression screening instruments in primary health care, considering care following positive results. **Methodology:**

[1] Discentes do Curso Superior de Medicina da Faculdade Ages Campus Jacobina e membros da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Chapada (LAGOC).
[2] Docente da Faculdade Ages Campus Jacobina.

A narrative review based on exploratory searches for Portuguese- and English-language publications, with consultation of PubMed records, SciELO and publisher websites on October 20, 2026. Validation studies, service-based research, reviews and a clinical guideline were selected for their relevance. Exhaustive searching, independent duplicate screening and formal risk-of-bias assessment were not performed. **Results:** The Edinburgh Postnatal Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 have evidence supporting their usefulness during the perinatal period. Performance varies with population, threshold and diagnostic reference standard. Implementation depends on professional training, time, acceptability and access to subsequent assessment. Integrated screening programs suggest benefits when linked to diagnosis, treatment and follow-up; such effects should not be attributed to questionnaire administration alone. **Conclusion:** Instrument selection should be accompanied by explicit responsibilities and care pathways. Positive screens, clinical assessments, completed referrals and treatment initiation should be distinguished when evaluating services. Interpretation is limited by the non-systematic nature of this review.

Keywords: Postpartum depression; Primary health care; Screening; Maternal mental health; Continuity of care.

1 INTRODUÇÃO

A identificação de sintomas depressivos após o parto integra o cuidado à saúde mental materna. Instrumentos padronizados podem auxiliar esse processo, mas sua finalidade é sinalizar a necessidade de investigação clínica. A diretriz do American College of Obstetricians and Gynecologists aborda separadamente rastreamento e diagnóstico e considera condições mentais que podem surgir ou se agravar durante a gestação e o primeiro ano após o nascimento. Essa abrangência não deve ser confundida com um único critério temporal de início do episódio depressivo (ACOG, 2023).

Na atenção primária à saúde (APS), o acompanhamento materno e infantil oferece oportunidades para abordar o sofrimento emocional. Entretanto, a existência de contatos com o serviço não assegura que as necessidades da mulher sejam avaliadas. Revisão sobre programas de puerpério identificou limitações na assistência materna e destacou a necessidade de ampliar o cuidado para além das demandas relacionadas à criança. A discussão sobre rastreamento deve, portanto, considerar a organização do atendimento e o acesso às etapas posteriores (Baratieri; Natal, 2019).

A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) e o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) estão entre os instrumentos com evidências sintetizadas de validade e acurácia perinatais. Revisões em contextos comunitários também abordam momento de aplicação, formação das equipes e encaminhamento. O problema assistencial envolve a escolha de uma escala e sua integração a um percurso de cuidado. Este artigo discute essas dimensões, sem estabelecer uma classificação universal dos instrumentos nem pressupor

superioridade de uma ferramenta em todos os cenários (Levis *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2021; Bhat *et al.*, 2022).

2 METODOLOGIA

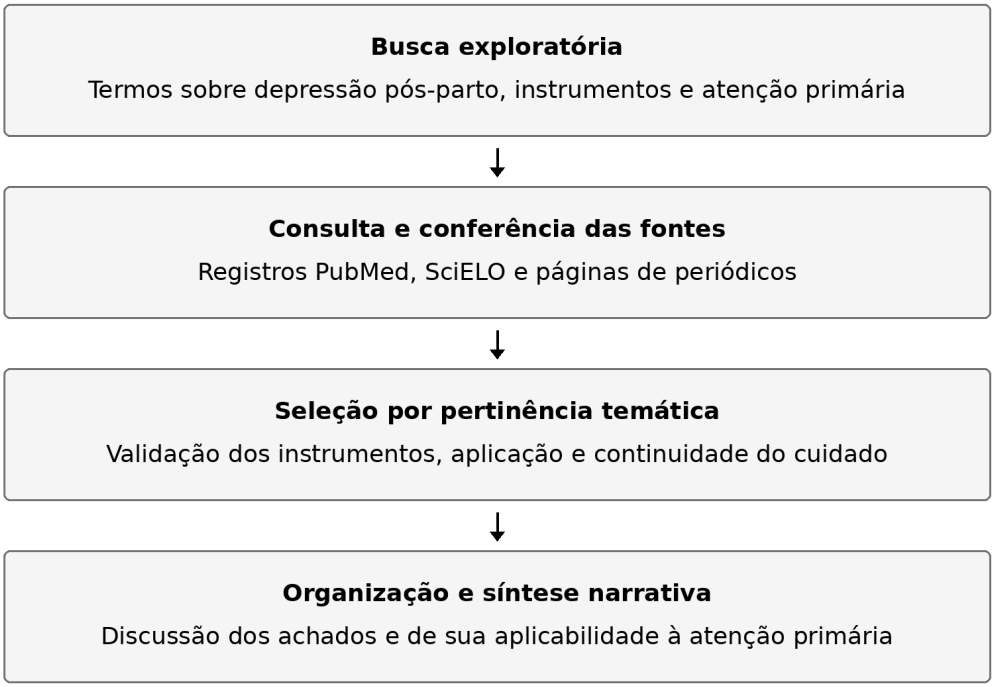
Trata-se de revisão narrativa orientada pela pergunta: quais evidências sustentam o uso de instrumentos de rastreamento da depressão pós-parto na APS e quais fatores influenciam a continuidade do cuidado após resultados positivos? O foco principal compreendeu mulheres avaliadas no primeiro ano após o parto. Publicações sobre o período perinatal e contextos comunitários foram utilizadas como evidência relacionada, com indicação das diferenças de população e cenário.

A identificação das fontes ocorreu por busca exploratória em índices de busca na web, seguida de consulta a registros PubMed, SciELO e páginas de periódicos, em 20 de outubro de 2026. Foram utilizados termos em português e inglês relativos a depressão pós-parto, rastreamento, atenção primária, EPDS, PHQ-9, encaminhamento e implementação, além de buscas pelos títulos dos trabalhos identificados. Esta etapa não correspondeu à execução de estratégias bibliográficas exaustivas e exportáveis diretamente nas bases.

As publicações foram escolhidas de forma intencional por contribuição à validade dos instrumentos, aplicação em serviços e cuidado subsequente. A síntese articula estudos primários, revisões sistemáticas, metassínteses e uma diretriz. Quando o texto integral não estava disponível, a interpretação foi restrita às informações verificáveis no resumo e no registro bibliográfico. Não foram realizados registro de protocolo, seleção independente por dois revisores, avaliação formal do risco de viés, classificação da certeza da evidência ou metanálise própria. As estimativas numéricas apresentadas pertencem aos estudos citados e não constituem resultados quantitativos desta revisão.

O percurso de construção da síntese narrativa é apresentado na Figura 1. As publicações foram organizadas por contribuição à interpretação dos instrumentos, à aplicação na APS e à continuidade do cuidado. O fluxograma descreve essas etapas, sem representar um processo de seleção sistemática com contagens de elegibilidade.

Figura 1 – Etapas de construção da síntese narrativa



Fonte: Elaboração própria, 2026.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A discussão articula 18 publicações, incluindo estudos de validação, pesquisas em serviços, revisões e uma diretriz clínica. O Quadro 1 reúne estudos e sínteses centrais para a análise dos instrumentos e do cuidado subsequente. Esses trabalhos não constituem uma amostra selecionada por busca sistemática, e as estimativas não foram combinadas nesta revisão.

Quadro 1 – Características e principais contribuições de estudos e sínteses discutidos

Autor e ano	Objetivo e desenho	Principais contribuições
Figueira et al. (2009)	Validação da EPDS em 245 mulheres, 40 a 90 dias após o parto.	Ponto de corte 10: sensibilidade de 86,4% e especificidade de 91,1%. Amostra de maternidade privada de Belo Horizonte.
Levis et al. (2020)	Metanálise de dados individuais sobre a acurácia da EPDS.	Dados de 58 estudos e 15.557 participantes. No subconjunto com entrevista semiestruturada, corte ≥ 11: sensibilidade 0,81 e especificidade 0,88.
Wang et al. (2021)	Revisão e metanálise da validade do PHQ-9 no período perinatal.	Nos sete estudos com corte ≥ 10, sensibilidade combinada de 0,84 e especificidade de 0,81. Incluiu gestação e pós-parto.

Yawn et al. (2012)	Estudo TRIPPD em 28 serviços de medicina de família, com 2.343 mulheres.	Programa com capacitação, rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento; melhores resultados de reconhecimento, tratamento e sintomas aos 12 meses.
Hanson et al. (2024)	Revisão das barreiras e dos facilitadores nas consultas infantis dos Estados Unidos.	Tempo, capacitação e capacidade de encaminhamento influenciaram a aplicação. Disponibilidade de escalas e lembretes foram facilitadores.
Brito et al. (2025)	Revisão qualitativa da experiência dos profissionais, com 24 estudos de 14 países.	Responsabilidades, sobrecarga, cultura, encaminhamento e seguimento compuseram a experiência de rastreamento.
Xue et al. (2020)	Revisão e metanálise de 41 estudos sobre utilização de encaminhamentos.	Distingue oferecer encaminhamento de acessar o serviço e examina intervenções para ampliar a utilização.
Han et al. (2024)	Revisão e metanálise de 41 estudos sobre adesão após rastreamento positivo.	Proporção combinada de adesão de 55% (IC 95%: 43% a 67%). Heterogeneidade impede tratar o valor como previsão de uma unidade.

Fonte: Elaboração própria a partir das publicações citadas, 2026. Os totais pertencem às fontes e não foram somados entre estudos.

3.1 Desempenho dos instrumentos e interpretação dos resultados

A EPDS constitui uma opção relevante, com evidências internacionais e brasileiras. Na metanálise de dados individuais de Levis *et al.*, foram obtidos dados de 58 estudos, envolvendo 15.557 participantes. No subconjunto que utilizou entrevistas semiestruturadas como referência, o ponto de corte igual ou superior a 11 apresentou sensibilidade de 0,81 e especificidade de 0,88. Esses valores ilustram um equilíbrio observado naquele conjunto de dados; não representam um limiar obrigatório para todas as populações ou serviços. A seleção do ponto de corte envolve consequências diferentes para resultados falsos negativos e falsos positivos (Levis *et al.*, 2020).

No Brasil, Figueira *et al.* avaliaram 245 mulheres entre 40 e 90 dias após o parto, utilizando entrevista psiquiátrica estruturada como referência. Com ponto de corte 10, foram relatadas sensibilidade de 86,4% e especificidade de 91,1%. Embora o estudo tenha discutido a utilização da escala no sistema público, as participantes tiveram parto em uma maternidade privada de Belo Horizonte. Sua contribuição para a validação nacional deve ser reconhecida sem transformar a amostra em representação de todas as usuárias da APS ou do Sistema Único de Saúde (Figueira *et al.*, 2009).

O PHQ-9 também dispõe de evidências perinatais. Wang *et al.* reuniram 35 artigos de validade de critério ou convergente; na metanálise de sete estudos que empregaram o ponto de corte igual ou superior a 10, a sensibilidade combinada foi 0,84 e a especificidade, 0,81.

Como as pesquisas envolveram gestação e pós-parto em diferentes cenários, os resultados não equivalem a estimativas específicas da APS brasileira. A comparação com a EPDS exige atenção ao mesmo padrão diagnóstico, à população avaliada e ao momento de aplicação (Wang *et al.*, 2021).

Outro cuidado é distinguir concordância entre instrumentos de acurácia diagnóstica. Yawn *et al.* compararam EPDS e PHQ-9 em mulheres no pós-parto acompanhadas na atenção primária e encontraram concordância na classificação da maioria delas. Entretanto, dois instrumentos podem concordar sem que essa concordância comprove sua capacidade de identificar corretamente um transtorno. Estudos que adotam entrevista clínica como referência respondem a uma pergunta diferente daqueles que apenas comparam escores de escalas (Yawn *et al.*, 2009).

Instrumentos breves podem ser considerados quando a duração da avaliação dificulta sua execução, desde que a redução de itens seja sustentada por evidências para a população atendida. Venkatesh *et al.* avaliaram a EPDS e subescalas em mães adolescentes, com entrevista diagnóstica e avaliações em diferentes momentos após o parto. Os achados apoiam a investigação de alternativas breves nesse grupo, mas não autorizam extrapolação automática para mulheres adultas. Também não se deve equiparar uma subescala da EPDS ao PHQ-2 apenas por conter poucos itens (Venkatesh *et al.*, 2014).

Quadro 2 – Elementos para analisar instrumentos de rastreamento

Instrumento ou abordagem	Contribuição	Cuidado na interpretação
EPDS	Evidência específica no contexto perinatal e validação brasileira (Levis et al., 2020; Figueira et al., 2009).	Considerar população, versão, momento e ponto de corte.
PHQ-9	Evidências de validade no período perinatal e comparação com outras escalas (Wang et al., 2021; Yawn et al., 2009).	Separar concordância de acurácia; verificar a aplicabilidade ao pós-parto e à APS.
PHQ-2 e abordagens breves	Possibilidade de etapa inicial seguida de avaliação mais ampla (Wang et al., 2021).	Não presumir que a evidência do instrumento completo valide toda estratégia em duas etapas.
Subescalas da EPDS	Estudo em mães adolescentes com comparação a entrevista diagnóstica (Venkatesh et al., 2014).	A abreviação exige validação própria e não substitui avaliação clínica.

Fonte: Elaboração própria, 2026.

3.2 Aplicação na atenção primária e experiência das mulheres

A diversidade dos serviços modifica a interpretação da evidência. Gyimah *et al.* revisaram instrumentos de saúde mental materna na APS da África subsaariana e

identificaram uso frequente de EPDS e PHQ-9, com informação limitada sobre propriedades de várias ferramentas. A revisão incluiu condições e etapas perinatais distintas. Assim, seu conjunto de estudos não deve ser apresentado como amostra exclusiva de depressão pós-parto. A proximidade com a APS torna a síntese pertinente, enquanto diferenças linguísticas e assistenciais limitam sua transferência direta ao Brasil (Gyimah *et al.*, 2024).

No acompanhamento infantil, Hanson *et al.* identificaram barreiras relacionadas a tempo, capacitação e capacidade de encaminhar mulheres com possível depressão. Disponibilidade dos instrumentos, familiaridade e lembretes eletrônicos foram descritos como facilitadores. Esses achados derivam de consultas de acompanhamento infantil nos Estados Unidos. Sua utilidade para outros sistemas é indicar componentes a examinar, sem supor que o mesmo arranjo de financiamento, responsabilidades profissionais e acesso especializado esteja disponível (Hanson *et al.*, 2024).

A preparação da equipe envolve mais do que aprender a somar escores. A revisão qualitativa de Brito *et al.*, com 24 estudos de 14 países, descreveu experiências relacionadas à formação, responsabilidades, sobrecarga, cultura, encaminhamento e seguimento. A síntese sugere que atribuições pouco claras e condições do sistema influenciam a prática. Esses resultados ajudam a formular perguntas sobre quem aplica o instrumento, quem interpreta respostas e quem assume a avaliação subsequente, sem atribuir ao treinamento isolado a solução de todos os obstáculos (Brito *et al.*, 2025).

As perspectivas de profissionais e usuárias também foram examinadas por Pham *et al.* em metassíntese especificamente sobre rastreamento perinatal na APS. A inclusão de 24 publicações demonstra a existência de uma literatura qualitativa própria sobre esse cenário. Essa contribuição reforça a necessidade de interpretar o questionário dentro de uma interação assistencial. Entretanto, a revisão reúne depressão e ansiedade durante o período perinatal; suas conclusões não devem ser reduzidas a uma única escala de depressão após o parto (Pham *et al.*, 2026).

Hozhabrafkan *et al.*, em metassíntese de 38 publicações com busca até julho de 2025, examinaram experiências femininas de rastreamento e avaliação da saúde mental perinatal. A compreensão da finalidade, o ambiente e a maneira de formular perguntas influenciaram a experiência. Para a prática, esses achados sustentam discutir privacidade e comunicação compreensível antes de interpretar um preenchimento incompleto como recusa de cuidado. A evidência se refere à saúde mental perinatal em múltiplos contextos, não exclusivamente à depressão na APS (Hozhabrafkan *et al.*, 2026).

3.3 Continuidade do cuidado após rastreamento positivo

A etapa posterior ao resultado positivo precisa ser examinada de forma explícita. Xue *et al.* sintetizaram 41 estudos sobre utilização de encaminhamentos e intervenções para ampliá-la em mulheres com rastreamento positivo para depressão perinatal. O objeto da revisão mostra que oferecer encaminhamento e acessar o serviço são acontecimentos distintos. Na interpretação dos programas, também importa verificar se a avaliação foi oferecida na própria unidade ou dependeu de outro serviço, e qual definição de utilização foi adotada (Xue *et al.*, 2020).

Han *et al.* reuniram 41 estudos sobre adesão a intervenções após rastreamento positivo e estimaram uma proporção combinada de 55%, com intervalo de confiança de 95% de 43% a 67%. A amplitude do intervalo e as diferenças entre os estudos impedem utilizar esse valor como previsão para uma unidade específica. Trata-se de evidência perinatal e de diferentes intervenções, não de uma taxa universal de tratamento da depressão pós-parto na APS. O achado reforça que identificar possíveis casos não garante participação no cuidado oferecido (Han *et al.*, 2024).

A relação entre rastreamento e desfechos foi investigada no estudo TRIPPD, realizado em 28 serviços de medicina de família, com 2.343 mulheres recrutadas entre cinco e 12 semanas após o parto. O conjunto de ações incluiu capacitação e recursos para rastreamento, diagnóstico, início terapêutico e acompanhamento. Os serviços de intervenção apresentaram melhores resultados de reconhecimento e tratamento, além de melhora dos sintomas aos 12 meses. Como a intervenção foi composta por várias ações, o benefício não pode ser atribuído exclusivamente à aplicação de um questionário (Yawn *et al.*, 2012).

A revisão de Waqas *et al.* também analisou programas de rastreamento associados a recursos de tratamento, reunindo componentes quantitativos e qualitativos. As evidências apontaram benefícios em alguns desfechos, acompanhados de limitações e risco de viés nos estudos. A interpretação deve preservar a diferença entre eficácia de um instrumento para identificar possíveis casos e efetividade de um programa assistencial. Para a APS, isso orienta avaliar o percurso completo e as condições concretas em que o cuidado é ofertado (Waqas *et al.*, 2022).

As barreiras sociais merecem análise própria. Hansotte *et al.* revisaram o acesso ao tratamento entre mulheres de baixa renda com rastreamento positivo em países ocidentais. A síntese relaciona identificação e acesso em uma população delimitada, contribuindo para questionar se os encaminhamentos são compatíveis com os recursos das usuárias. Na

discussão brasileira, esses resultados podem orientar a investigação de obstáculos, mas não substituem estudos locais nem permitem atribuir a mesma magnitude de dificuldade a grupos sociais diferentes (Hansotte *et al.*, 2017).

3.4 Implicações para a organização e avaliação dos serviços

A articulação das fontes permite propor uma análise por etapas: aplicação do instrumento, resultado positivo, avaliação clínica, definição do plano e acompanhamento. Essa organização é uma proposta interpretativa desta revisão, não um protocolo validado. As trajetórias podem ser diferentes: parte das mulheres pode receber cuidado na própria APS; outras podem necessitar de atendimento compartilhado ou especializado. Por isso, a ausência de encaminhamento externo, isoladamente, não demonstra falta de assistência.

A avaliação deve preservar denominadores e prazos. Uma proporção de mulheres encaminhadas entre todas as rastreadas responde a uma pergunta diferente da proporção de consultas realizadas entre as encaminhadas. Também é necessário distinguir ausência de informação no artigo ou prontuário de ausência efetiva de atendimento. O quadro seguinte apresenta indicadores propostos para tornar essas diferenças visíveis; ele não define metas universais de desempenho.

Quadro 3 – Indicadores propostos para acompanhar o percurso assistencial

Etapa	Registro sugerido	Denominador a explicitar
Rastreamento	Instrumento, versão, escore e data.	Mulheres elegíveis e mulheres efetivamente avaliadas.
Resultado positivo	Ponto de corte e momento após o parto.	Mulheres com instrumento aplicado e resultado disponível.
Avaliação clínica	Realização, data e serviço responsável.	Mulheres com resultado positivo que necessitam de avaliação.
Plano e acesso	Conduta definida, atendimento realizado e início terapêutico quando indicado.	Mulheres para as quais cada conduta foi indicada ou oferecida.
Seguimento	Retorno, situação clínica e perdas de acompanhamento.	Mulheres com seguimento programado, no prazo definido.

Fonte: Elaboração própria, 2026.

No contexto brasileiro, a contribuição de novas pesquisas seria maior se descrevesse como os instrumentos se conectam ao cuidado e se apresentasse resultados verificáveis dessas etapas. Recomenda-se que a análise inclua o momento de avaliação, a função de cada profissional e o tipo de serviço, evitando assumir que toda experiência comunitária

corresponda à organização da APS. Esse detalhamento facilitaria a apreciação de aplicabilidade, sem produzir uma hierarquia de escalas fundada apenas na frequência de uso.

3.5 Limitações da revisão

A seleção intencional das fontes e a ausência de estratégias exaustivas podem ter omitido estudos relevantes. Parte das informações foi consultada em resumos e registros indexados, o que restringe a avaliação de métodos e resultados. Não houve análise formal do risco de viés ou da certeza da evidência. Os valores apresentados devem ser entendidos como achados das publicações citadas, e não como estimativas combinadas desta revisão narrativa.

A utilização de revisões e de estudos primários cria possibilidade de sobreposição, uma vez que a mesma pesquisa pode integrar diferentes sínteses. Por esse motivo, não foram somadas amostras entre publicações nem contabilizadas revisões como confirmações independentes de um efeito. A heterogeneidade de populações, cenários, definições de pós-parto e desfechos impede concluir que um instrumento é superior em toda situação. Os indicadores propostos não foram validados ou avaliados empiricamente neste trabalho.

4 CONCLUSÃO

A EPDS e o PHQ-9 dispõem de evidências que sustentam sua consideração no rastreamento perinatal, mas a escolha na APS exige atenção à população, à validação e às condições de aplicação. A experiência das mulheres e a capacidade do serviço de oferecer avaliação e acompanhamento fazem parte do processo. O rastreamento deve ser analisado em conexão com o cuidado subsequente. Estudos que descrevam etapas, denominadores e prazos poderão contribuir para compreender as perdas no percurso assistencial e sua relação com o contexto local.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Clinical Practice Guidelines – Obstetrics. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. **Obstetrics & Gynecology**, v. 141, n. 6, p. 1232-1261, 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017.

BHAT, A. *et al.* A systematic review of screening for perinatal depression and anxiety in community-based settings. **Archives of Women's Mental Health**, v. 25, n. 1, p. 33-49, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s00737-021-01151-2.

BRITO, A. P. A. *et al.* Experiences of health professionals in screening for postpartum depressive symptoms: a qualitative systematic review. **JBI Evidence Synthesis**, v. 23, n. 7, p. 1376-1425, 2025. DOI: https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00166.

FIGUEIRA, P. *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 79-84, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012.

GYIMAH, L. *et al.* Tools for screening maternal mental health conditions in primary care settings in sub-Saharan Africa: systematic review. **Frontiers in Public Health**, v. 12, art. 1321689, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1321689.

HAN, J. *et al.* Uptake rate of interventions among women who screened positive for perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 361, p. 739-750, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.072.

HANSON, M. *et al.* Systematic review of barriers to and facilitators of screening for postpartum depression at well-child visits in the United States. **Nursing for Women's Health**, v. 28, n. 3, p. 213-221, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.11.009.

HANSOTTE, E.; PAYNE, S. I.; BABICH, S. M. Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. **Public Health Reviews**, v. 38, art. 3, 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s40985-017-0050-y.

HOZHABRAFKAN, K. *et al.* Women's experiences of screening and assessment of mental health problems in the perinatal period: a systematic review and meta-synthesis. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 29, p. 506-534, 2026. DOI: https://doi.org/10.1007/s10567-026-00571-9.

LEVIS, B. *et al.* Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. **BMJ**, v. 371, art. m4022, 2020. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m4022.

PHAM, L. *et al.* Perspectives on perinatal depression and anxiety screening in primary care: a meta-synthesis. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 44, n. 5, p. 1576-1596, 2026. DOI: https://doi.org/10.1080/02646838.2025.2609113.

VENKATESH, K. K. *et al.* Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. **Pediatrics**, v. 133, n. 1, p. e45-e53, 2014. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2013-1628.

WANG, L. *et al.* Screening for perinatal depression with the Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9): a systematic review and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 68, p. 74-82, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.007.

WAQAS, A. *et al.* Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. **BMC Psychiatry**, v. 22, art. 54, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-022-03694-9.

XUE, W. Q. *et al.* Uptake of referrals for women with positive perinatal depression screening results and the effectiveness of interventions to increase uptake: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, art. e143, 2020. DOI: https://doi.org/10.1017/S2045796020000554.

YAWN, B. P. *et al.* Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depression among postpartum women. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, n. 5, p. 483-491, 2009. DOI: https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.05.080155.

YAWN, B. P. *et al.* TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. **Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 4, p. 320-329, 2012. DOI: https://doi.org/10.1370/afm.1418.