

Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes

Vanessa Agostinho Cardillo¹, Lisiane Camargo Quialheiro de Oliveira²,
Juliana Cristina dos Santos Monteiro³, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz⁴

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: vanessa_cardillo@hotmail.com.

² Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: lisiane.alves@usp.br.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Doutora da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: jumonte@eerp.usp.br.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: flagomes@eerp.usp.br.

Recebido: 07/11/2014.

Aceito: 12/08/2015.

Publicado: 31/03/2016.

Como citar esse artigo:

Cardillo VA, Oliveira LCQ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1149. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32728>.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram determinar a prevalência de sintomas depressivos em mães adolescentes e caracterizá-las quanto aos aspectos sociodemográficos, comportamentais e de saúde mental. Estudo observacional, descritivo e transversal, desenvolvido em unidades de saúde, com 72 mães adolescentes por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D). Dentre as participantes, 20,8% apresentaram sintomas depressivos pela EPDS. As questões mais frequentes foram referentes aos sentimentos de culpa, ansiedade e ideias de fazer mal a si. Destacamos sentimentos de culpa (60%) e sentimentos de que não valia a pena viver (40%). A maioria das participantes (73,3%) não reconheceu que estava deprimida. Os resultados atentam para a importância do acompanhamento pré-natal individualizado, onde seja possível conhecer as vulnerabilidades, aspectos psicossociais pessoais e familiares, incluir o rastreamento de sintomas depressivos na anamnese e utilizar na rede de atenção, a referência e contra-referência.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Adolescente; Período Pós-Parto; Enfermagem Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O período grávido-puerperal é marcado por alterações emocionais, advindas de fatores sociais e psicológicos, que podem influenciar no desenvolvimento da gestação e também no bem-estar da díade mãe-filho⁽¹⁾. Neste período, as gestantes adolescentes constituem um seguimento mais vulnerável do que as

adultas, considerando as transformações que marcam a adolescência, tanto no comportamento quanto no meio social⁽²⁾.

Estudos⁽³⁻⁴⁾ mostram que quando comparadas a mães adultas, as mães adolescentes caracterizam-se por viver em situação de menor renda econômica, não ter parceiro e ter menores níveis de escolaridade⁽³⁾. Essas características estão associadas à depressão na gravidez, que é um preditor da depressão pós-parto em 75%⁽⁴⁾. Mães adolescentes dispõem de menor rede de suporte social e parecem ter maior prevalência de depressão puerperal do que mães adultas⁽³⁾.

O transtorno depressivo não especificado ou depressão menor caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou anedonia por um período de, no mínimo, duas semanas, durante as quais, o indivíduo deve experimentar entre dois e quatro dos seguintes sintomas: alterações do apetite, do peso e dos padrões de sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa e ideação suicida recorrente⁽⁵⁾.

Neste contexto, a depressão materna ou perinatal refere-se aos episódios de depressão durante a gestação (depressão pré-natal) ou nos primeiros 12 meses após o parto (depressão pós-parto)⁽⁶⁾. Até o momento não existem critérios diagnósticos específicos para a depressão perinatal e o diagnóstico vigente baseia-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição – (DSM-IV-TR). No presente estudo, utilizamos a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), que aborda a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias e, portanto, não fornece o diagnóstico clínico de depressão maior ou menor. Portanto, identificamos sintomas de depressão e não o transtorno depressivo, distinção importante, na medida em que é improvável que a remissão da depressão maior ocorra sem tratamento com medicamentos⁽⁷⁾.

O transtorno depressivo e/ou a sintomatologia depressiva no período gestacional, apesar de frequentes, permanecem sub-identificados. Neste sentido, conhecer seus fatores de risco facilitará, aos profissionais de saúde, a identificação de mulheres com maiores chances de desenvolver esta condição, contribuindo para sua prevenção primária e das suas repercussões negativas para a saúde do binômio⁽⁸⁾. Nos apropriamos, também, do referencial teórico da Promoção da Saúde, por meio do qual resgatamos a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida saudável, ressaltando o quanto aspectos físicos, psicológicos e sociais estão associados à conquista de uma maternidade saudável.

Dados globais mostram que a prevalência de depressão na gravidez e no puerpério, independente da idade da mulher, varia de 5,5% a 33,1%⁽⁹⁾. No Brasil, a prevalência varia de 12% a 37%⁽¹⁰⁾. Um estudo recente encontrou uma prevalência de depressão na gravidez de 24,3% (n=600) e no pós parto de 10,8% (n=555)⁽⁴⁾.

Entre as adolescentes, a depressão puerperal oscila entre 25–36%. Esta prevalência é mais alta do que entre puérperas adultas e entre adolescentes fora do ciclo grávido-puerperal⁽¹¹⁾. Evidências sugerem que a depressão pós-parto em adolescentes pode ser prevenida com vínculo pessoal e adoção de hábitos saudáveis durante a gravidez⁽¹²⁾.

Quanto mais precoce a gestação, maior o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Em

uma pesquisa realizada no período de quatro anos após o parto com mães adolescentes, 57% delas manifestaram sintomas depressivos, de moderados a severos, durante esse tempo⁽¹³⁾.

Com frequência, as mulheres que apresentam depressão puerperal não reconhecem os sintomas como parte da doença, uma vez que estes sobrepõem-se a muitos dos desconfortos habituais do puerpério, como fadiga, alteração no sono, redução da libido. Outras vezes, mostram-se relutantes em falar sobre os sintomas, talvez pelas expectativas sociais de felicidade associadas à maternidade⁽¹⁴⁾.

Mães adolescentes com depressão puerperal apresentam dificuldade para estabelecer vínculo com o filho, incluindo pouco controle emocional e comportamento social afetado⁽¹⁵⁾. Estudos prospectivos mostram que a depressão da mãe pode afetar o desenvolvimento da criança até a idade escolar e suscitar o desenvolvimento de depressão na adolescência⁽¹⁶⁾. Para a mulher, a depressão puerperal está associada a maior ocorrência de separação conjugal e de disfunção sexual⁽¹⁷⁾. Ainda, o suicídio está entre as principais causas de morte em mulheres no período pós-parto, com estimativas de três a 11 por 100.000 nascimentos⁽¹⁸⁾.

Diante de todas essas evidências, reconhecemos a importância de se estudar a depressão puerperal entre adolescentes em nosso meio. Identificamos, em nossa revisão bibliográfica que as características sociodemográficas e psiquiátricas correlacionadas à depressão fora do ciclo grávido puerperal e em mulheres adultas são bem conhecidas. No entanto, encontramos poucos estudos que descrevem essas características em mães adolescentes, mostrando a lacuna do conhecimento produzido e divulgado nesta temática específica. Entendemos a necessidade de um estudo de caracterização de mães adolescentes com sintomas depressivos em nossa realidade, por meio do qual buscamos fortalecer nossas ações de saúde junto às mulheres na atenção básica, imaginando propor mudanças assistenciais, agregando mais qualidade ao cuidado oferecido às mulheres no ciclo grávido-puerperal.

Os objetivos do presente estudo foram determinar a prevalência de sintomas depressivos em mães adolescentes, caracterizar as mães adolescentes com sintomas depressivos quanto aos aspectos sociodemográficos, comportamentais e de saúde mental.

MÉTODO

Estudo observacional, descritivo e transversal, desenvolvido em quatro Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

A população de referência do estudo constituiu-se de todas as mães adolescentes entre zero e quatro meses pós-parto em acompanhamento de puericultura de seus filhos nas quatro Unidades de Saúde que constituem o Distrito Sanitário, e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O critério amostral foi a amostragem não probabilística por conveniência, com tempo de coleta de dados estipulado previamente, durante seis meses, de abril a outubro de 2012. Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica apontam um total de 832 gestantes adolescentes usuárias do sistema de saúde público em todo o município de Ribeirão Preto/SP, no período estudado. A amostra foi constituída de 72 adolescentes que

estavam, no momento da coleta de dados, entre zero e quatro meses após o parto.

As participantes foram identificadas a partir de um levantamento de todas as adolescentes grávidas que iniciaram o acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde eleitas e posteriormente recrutamos as mães adolescentes no momento em que compareceram à Unidade Básica de Saúde para realizar a consulta de puericultura do seu filho. Por meio do sistema de gestão utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP que interliga todas as Unidades de Saúde e permite o acesso às consultas agendadas, identificamos as datas das consultas de puericultura das crianças. As entrevistas foram realizadas com as mães, no momento de espera pela consulta.

Os critérios de inclusão definidos para esta pesquisa foram: (i) mulheres com idade entre 10 e 20 anos incompletos, (ii) com filhos entre zero e quatro meses de vida, (iii) que tiveram gestação única com mais de 37 semanas e (iv) cujo filho não apresentou anormalidades. Como critério de exclusão foi considerado o uso de medicamentos antidepressivos ou antipsicóticos no momento do recrutamento para a pesquisa.

Para a coleta de dados foram usados três instrumentos, sendo um para caracterização sociodemográfica e dois para avaliação de humor e transtornos afetivos: I) foi elaborado um instrumento com base em experiências prévias dos pesquisadores e cotejado com a literatura nacional e internacional para caracterização sociodemográfica. A versão final foi submetida à validação de conteúdo e aparência por três juízes especialistas na área; II) EPDS e III) Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D). A EPDS aborda a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias e, portanto, não fornece o diagnóstico clínico de depressão maior ou menor⁽⁶⁾.

Primeiramente aplicamos o questionário sociodemográfico e em seguida a EPDS. Nos casos em que as adolescentes obtiveram um escore menor que 12, a participação era encerrada. Nos casos em que a participante apresentava escore maior ou igual a 12 na EPDS, indicando presença de sintomas depressivos, aplicávamos a HAM-D. Utilizamos a pontuação acima de 25 pontos para caracterizar paciente gravemente deprimida, entre 18 e 24 pontos como paciente moderadamente deprimida, entre sete e 17 pontos paciente levemente deprimida e abaixo de sete indicam remissão do quadro ou ausência de depressão. O tempo médio utilizado para a entrevista foi de 30 minutos.

A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, atendendo à legislação brasileira para pesquisas com seres humanos. Uma vez obtida a anuência da participante, o Termo de Assentimento foi assinado pela adolescentes e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo responsável pela adolescente. As participantes com idade igual ou maior que 18 anos assinaram o TCLE. Todas as participantes e responsáveis ficaram com uma via assinada do TCLE e/ou Termo de Assentimento.

Os dados coletados foram processados em dupla entrada em uma planilha para gerenciamento de dados, sendo a análise estatística realizada no software Statistical Package for Social Sciences, versão 21. Com base nas características deste estudo, fundamentamos a análise na estatística descritiva, e na realização de testes estatísticos para análise comparativa entre variáveis.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica das participantes

A idade das 72 participantes variou entre 13 e 19 anos, com média de 17,3 anos, (DP= 1,4 anos) e mediana de 18 anos. A amostra caracterizou-se por mães adolescentes em união consensual (39; 54,2%), com escolaridade variando de quatro a 12 anos, com média de 8,3 anos estudados (DP= 1,8 anos) e mediana de 8,5 anos. A maioria não tinha trabalho remunerado (62; 86,1%), residia em casa de alvenaria (70; 97,2%), sendo que 33 (46%) eram alugadas e 27 (37,5%) viviam em casas referidas como próprias. Seis mães adolescentes (8,3%) informaram que o domicílio não possuía água encanada e esgoto. A maioria residia com o pai da criança ou com sua família de origem (pais, irmãos e/ou avós), com distribuição semelhante entre essas duas categorias, 25 (34,7%) e 26 (36,1%) respectivamente. O número de pessoas que morava no domicílio variou de duas a 12 pessoas, com média de 4,8 pessoas.

Caracterização obstétrica das participantes

Em relação às características obstétricas 61 (84,7%) mães adolescentes eram primíparas. Todas referiram que realizaram pré-natal na rede pública municipal, sendo a maioria, 59 (81,9%) com o número de consultas igual ou maior que seis. Para 47 (65,3%) participantes a gestação não foi planejada e para oito (11,1%) não foi desejada. A maioria das mães adolescentes teve parto normal (54; 75%) e 18 (25%) realizaram cesárea.

Caracterização comportamental e de saúde mental das participantes

Das 72 participantes, 21 (29,2%) informaram histórico familiar de doença mental e 43 (60%) relataram não ter amigos confidentes. Destas, sete (9,7%) revelaram histórico de problemas emocionais, dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas. Duas participantes (2,8%) relataram terem sido informadas sobre o diagnóstico de depressão pelo médico que realizava o pré-natal. No período puerperal, duas (2,8%) foram diagnosticadas com depressão pós-parto por seus médicos e fizeram uso de medicamento como única forma de tratamento para depressão.

Tabela 1: Distribuição das mães adolescentes que compareceram às Unidades de Saúde para consulta de puericultura de seus filhos segundo características comportamentais e de saúde mental. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012.

Variável		n (%)
Amigos confidentes	Sim	43 (59,7)
	Não	29 (40,3)
Histórico de problemas emocionais e ou uso de substâncias	Sim	7 (9,7)
	Não	65 (90,3)
Histórico familiar de doença mental ou problemas emocionais	Sim	21 (29,2)
	Não	51 (70,8)
Alteração emocional ou dependência de álcool/drogas/substância	Depressão	2 (2,8)
	Abuso de álcool	1 (1,4)
	Abuso de outras substâncias psicoativas	1 (1,4)
	Depressão pós-parto	3 (4,2)
	Ausência de problema emocional	62 (90,3)

Prevalência de sintomas depressivos nas participantes

Identificamos 15 (20,8%) mães adolescentes com sintomas depressivos, resultando em um escore médio de 8,5 pontos, variando de zero a 25, desvio-padrão de 5,2 e mediana de 7 pontos.

Tabela 2: Distribuição em frequências e porcentagens dos itens da EPDS entre as mães adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde para consulta de puericultura de seus filhos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012.

Questões	Escore				Media (dp)
	0	1	2	3	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. Rir achar graça	54 (75,0)	11 (15,3)	2 (2,8)	5 (6,9)	0,42 (0,85)
2. Prazer dia-dia	38 (52,8)	19 (26,4)	11 (15,3)	4 (5,6)	0,74 (0,91)
3. Culpa	18 (25,0)	11 (15,3)	33 (45,8)	10 (13,9)	1,49 (1,02)
4. Ansiedade	10 (13,9)	25 (34,7)	28 (38,9)	9 (12,5)	1,50 (0,88)
5. Assustada	37 (51,4)	12 (16,7)	14 (19,4)	9 (12,5)	0,93 (1,10)
6. Tarefas	27 (37,5)	21 (29,2)	17 (23,6)	7 (9,7)	1,00 (1,00)
7. Sono	48 (66,7)	6 (8,3)	10 (13,9)	8 (11,1)	0,69 (1,08)
8. Tristeza	38 (52,8)	24 (33,3)	2 (2,8)	8 (11,1)	0,72 (0,96)
9. Choro	32 (44,4)	34 (47,2)	3 (4,2)	3 (4,2)	0,68 (0,74)
10. Autoagressão	57 (79,2)	6 (8,3)	7 (9,7)	2 (2,8)	0,36 (0,77)

As questões referentes aos sentimentos de culpa e ansiedade foram as que apresentaram maior frequência, considerando a soma das pontuações 2 e 3, ambas ultrapassaram 50%. A ideia de fazer mal a si mesma passou pela cabeça de duas (2,8%) adolescentes muitas vezes nos últimos dias antes da entrevista e algumas vezes em sete (9,7%) adolescentes, conforme especificado na Tabela 2.

Às quinze (20,8%) mães adolescentes com sintomas depressivos, aplicamos a HAM-D, com escore médio de 17,3 pontos, com desvio-padrão de 4,6; mediana de 16 pontos, resultando em um escore que variou de 11 a 27 pontos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição em frequências e porcentagens da HAM-D das adolescentes puérperas que compareceram nas Unidades de Saúde para consulta de puericultura de seus filhos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012.

Questões	Escore					Média (dp)
	0	1	2	3	4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. Humor depressivo	*	6 (40,0)	7 (46,7)	1 (6,7)	1 (6,7)	1,80 (0,86)
2. Culpa	2 (13,3)	9 (60,0)	4 (26,7)	*	*	1,13 (0,64)
3. Suicídio	9 (60,0)	6 (40,0)	*	*	*	0,40 (0,50)
4. Insônia inicial	*	3 (20,0)	12(80,0)	*	*	1,80 (0,41)
5. Insônia intermediária	*	8	15 (100)	*	*	2
6. Insônia tardia	*	7 (46,7)	8 (53,3)	*	*	1,53 (0,51)
7. Trabalho	*	1(6,7)	9(60)	5(33,3)	*	2,27 (0,59)
8. Retardo	14(93,3)	1 (6,7)	*	*	*	0,07 (0,25)
9. Agitação	8 (53,3)	4 (26,7)	3 (20,0)	*	*	0,67 (0,81)
10. Ansiedade psíquica	*	2 (13,3)	11 (73)	2(13,3)	*	2 (0,53)
11. Ansiedade somática	*	12(80,0)	2 (13,3)	1(6,7)	*	1,27 (0,59)
12. Sint. gastrointestinais	12(80,0)	1 (6,7)	2 (13,3)	*	*	0,33 (0,72)
13. Sint. somático gerais	10(66,7)	4 (26,7)	1 (6,7)	*	*	0,40 (0,63)
14. Sintomas genitais	12(80,0)	3 (20,0)	*	*	*	0,20 (0,41)
15. Hipocondria	8(53,3)	*	6 (40)	1(6,7)	*	1 (1,13)
16. Perda de peso	14 (93,3)	*	1 (6,7)	*	*	0,13 (0,51)
17. Crítica	11(73,3)	3(20,0)	1 (6,7)	*	*	0,13 (0,51)

Dentre as questões abordadas na HAM-D, destacamos o sentimento de culpa presente em nove mães adolescentes (60%), as quais acham que decepcionaram outras pessoas e quatro (26,7%) apresentaram ideias de culpa ou rumações de erros ou más ações no passado. Seis (40%) participantes achavam que não valia a pena viver. Todas as mães adolescentes referiram dificuldade de executar atividades que costumavam realizar anteriormente. A maioria das participantes (73,3%) não reconheceu que estava deprimida. Ressaltamos, que segundo a classificação utilizada, uma (6,6%) participante foi classificada como gravemente deprimida, seis participantes (40%) como moderadamente deprimidas e oito (53,4%) como levemente deprimidas.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo nos permitiram conhecer as características de mães adolescentes com sintomas depressivos, usuárias do serviço público de saúde de um Distrito Sanitário de Ribeirão Preto/SP. Essa caracterização nos alerta para um possível grupo de mulheres vulnerável à depressão no período pós-parto.

A Organização Mundial da Saúde, estima que para 2020, a depressão seja a doença mais prevalente (6%) entre as mulheres, sendo a maior, dentre todas, em repercussão em outros aspectos da vida da mulher, como trabalho, família, relações interpessoais⁽⁶⁾. Os resultados de uma meta-análise sobre depressão pós-parto encontrou uma prevalência de 13% entre mulheres adultas e adolescentes, com pico nas primeiras 12 semanas após o parto. Outra revisão sistemática encontrou 19,2% de prevalência, também nas primeiras 12 semanas pós-parto⁽¹⁹⁾. A última revisão sistemática encontrada mostrou a prevalência de 18,4% de depressão

na gestação, sendo que 12,7% manteve os sintomas no período pós-parto⁽⁶⁾.

Quanto aos estudos transversais acerca da depressão pós-parto, corroboram nossos resultados, o estudo com adolescentes portuguesas, encontrou a mesma média de 8,5 pontos com uma porcentagem de 25,9% de adolescentes com sintomas depressivos, de um total de 54 participantes⁽²⁰⁾. Outro estudo com uma amostra de 44 mães adolescentes encontrou 16,7% de sintomas depressivos a partir da EPDS⁽¹⁹⁾.

A manifestação de ansiedade é tida como a condição psiquiátrica mais prevalente na população geral. Estima-se que 28,8% das pessoas têm transtornos ansiosos. Estes podem se manifestar juntamente com sintomas depressivos, como ocorrido com as participantes do nosso estudo. Sabe-se que durante o ciclo grávido-puerperal as mulheres vivenciam preocupações relacionadas à saúde do feto/bebê, a sua própria saúde, à finanças e maternidade. Alguns estudos evidenciam que filhos de mães ansiosas frequentemente têm baixo peso ao nascer e apresentam riscos de dificuldades cognitivas e comportamentais na primeira infância.

Nossos resultados divergem de um estudo realizado em João Pessoa-PB com mulheres entre 18 e 38 anos, com 29,2% das mães com sintomas depressivos⁽²¹⁾, quanto à ideia de fazer mal a si mesma com 36,5% de mães com sintomatologia depressiva, as quais relataram ideia de morte e suicídio. No período pós-parto mulheres com alterações emocionais, abuso de substância ou ambos, apresentam risco aumentado para tentativas de suicídio. Ainda, das mães que morrem por suicídio nos primeiros seis meses após o parto têm como diagnóstico primário depressão maior em 21% dos casos⁽²²⁾

Os escores médios da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, indicaram que as pacientes estavam moderadamente deprimidas. Estudo realizado em Pelotas-RS, encontrou a prevalência de 19,1% de depressão pós-parto e média de pontos na escala HAM-D de 10,60 com desvio-padrão de 8,4⁽²³⁾. Um estudo epidemiológico com chinesas revelou uma proporção de mulheres no pós-parto com sintomas moderados de depressão que são semelhantes aos nossos⁽⁵⁾. No entanto, outros estudos conduzidos na Ásia, por enfermeiras, resultaram em menores números de sintomas depressivos no pós-parto entre mulheres jovens⁽²⁴⁾.

Em nossa amostra, 2,8% das adolescentes foram diagnosticadas com depressão por médicos. Ainda assim, de acordo com a EPDS, 20,8% mantinham sintomas depressivos. A literatura revisada mostra que a maioria dos casos não é detectada durante a gravidez ou no período pós-parto imediato e permanece sem tratamento, constatando que a depressão é um problema de saúde grave e necessita ser identificada precocemente⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que as mães adolescentes participantes apresentaram sintomas depressivos, embora não tenham relatado a percepção destes sintomas em seu cotidiano. Dentre os sintomas, a culpa e a ansiedade foram os mais frequentes. Esses achados descritivos nos instigam a realizar novos estudos com mães adolescentes, de forma prospectiva, buscando associações entre as características maternas e as

manifestações relacionadas a sua saúde mental. Lembramos, embora não tenhamos chegado a tal conclusão, que a depressão materna afeta ambos, mãe e filho, podendo haver repercussões na vida em família.

Os resultados chamam atenção para a promoção da saúde, sobre a importância do acompanhamento pré-natal individualizado, onde seja possível conhecer as gestantes adolescentes vulneráveis, os aspectos psicossociais pessoais e familiares, incluir o rastreamento de sintomas depressivos na anamnese e ter dentro da rede de atenção, um fluxo para referência e contra-referência. Esta investigação poderia estar presente na prática clínica de todos os profissionais da atenção básica, dentre esses, destacamos a enfermeira.

O estudo foi realizado com uma amostra pequena das mães adolescentes que utilizam o sistema de saúde em Ribeirão Preto-SP, Brasil, e embora tenha sido toda a população do Distrito Sanitário, constituiu-se em uma limitação do estudo para maior discussão dos resultados. Outra limitação do estudo foi o fato de a HAM-D incluir sintomas que são considerados reações fisiológicas esperadas no período pós-parto, como fadiga e distúrbios do sono, e exclui outros como sentimentos ambivalentes em relação à criança e pressão pela responsabilidade de cuidar, dificuldade em revelar seus sintomas por receio de serem estigmatizadas, entre outros. Espera-se que os resultados encontrados possam preencher algumas lacunas nessa área e sensibilizar os profissionais quanto à seriedade das repercussões relacionadas à depressão puerperal e de como as mulheres são afetadas em suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues OMPR, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];33(9):252-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>.
2. Cabral ACF, Araújo VS, Braga LS, Cordeiro CA, Moraes MN, Dias MD. Perceptions of pregnancy in pregnant adolescents. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016];7(2):2526. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>.
3. Brown JD, Harris SK, Woods ER, Buman MP, Cox JE. Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. Matern Child Health J [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];16(4):894-901. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0814-9>.
4. Melo Jr. EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DF, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. J Affect Disord [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];136(3):1204-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.023>.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ªed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
6. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];2:CD001134. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>.
7. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. Obstet Gynecol [Internet]. 2010 [acesso em: 31 Mar. 2016];116(5):1064-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>.
8. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2010 [acesso em: 31 Mar. 2016];202(1):5-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>.
9. Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, Priest SR, Reilly N, Wilhelm K, Saint K, et al. Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? Arch Womens Ment Health

- [Internet]. 2010 [acesso em: 31 Mar. 2016];13(5):395-401. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-010-0153-7>.
10. Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [acesso em: 31 Mar. 2016];24 Supl. 2:s341-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400019>.
 11. Phipps MG, Raker CA, Ware CF, Zlotnick C. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];208(3):192.e1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.036>.
 12. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];70(12):1312-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2163>.
 13. Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith EO. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Health* [Internet]. 2006 [acesso em: 31 Mar. 2016];38(6):712-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.023>.
 14. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];70(5):490-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>.
 15. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];384(9956):1800-19. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0).
 16. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 1998 [acesso em: 31 Mar. 2016];12(1):12-20. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80004-6).
 17. Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, et al. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety* [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];28(6):471-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20814>.
 18. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2005 [acesso em: 31 Mar. 2016];8(2):77-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>.
 19. Anderson C, Perez C. Adolescent Psychological Birth Trauma Following Cesarean Birth. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016];41(2):78-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0b013e31826f6cad>.
 20. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2007 [acesso em: 31 Mar. 2016];10(3):103-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-007-0178-8>.
 21. Coutinho MPL, Saraiva ERA. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2008 [acesso em: 31 Mar. 2016];28(2):244-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200003>.
 22. Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016];66-67:95-104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.021>.
 23. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2006 [acesso em: 31 Mar. 2016];40(1):65-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>.
 24. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2009 [acesso em: 31 Mar. 2016];46(10):1355-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012>.
 25. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* [Internet]. 2006 [acesso em: 31 Mar. 2016];91(2-3):97-111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>.