

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO**

EDILENE MARIA DA SILVA BARBOSA

**ESTUDO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO EM
PUÉRPERAS ADOLESCENTES**

EDILENE MARIA DA SILVA BARBOSA

CAMARAGIBE - PE

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

EDILENE MARIA DA SILVA BARBOSA

ESTUDO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO EM PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, como exigência para a obtenção grau de Mestre em Hebiatria.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Kátia Petribú

CAMARAGIBE – PE

2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

Edilene Maria da Silva Barbosa

Estudo do Transtorno depressivo em puérperas adolescentes.

Dissertação apresentada à Coordenação de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco FOP/UPE, para obtenção do título de mestre em Hebiatria.

Aprovado em: 28 de fevereiro de 2007

Banca Examinadora

Prof. Dr. Othon Bastos

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco – UPE.

Assinatura:

Prof. Dr. Paulo Batista

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco – UPE.

Assinatura:

Prof.^a Dr.^a Romualda Castro Rego Barros

Instituição: Departamento de Medicina – UFPE.

Assinatura:

Ao meu querido amigo e amado filho, Guilherme Barbosa da Silva, sem o qual eu não conseguiria mais viver.

AGRADECIMENTOS

Registro aqui meus agradecimentos sinceros e abraços fraternos para:

- as minhas amigas do mestrado que viraram amigas de infância, Lúcia Menezes e Patrícia Balata;
- todos os meus colegas do mestrado;
- os integrantes do Departamento de Saúde Pública e Ciências do Comportamento (DESPCC) da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças FENSG/UPE;
- a professora Kátia Petribú, pelas orientações recebidas;
- os professores Edmilson Mazza, Romualda Rego Barros e Estela Meirelles;
- a bibliotecária Roseane Almeida;
- as minhas jovens alunas da graduação, que me estimularam permanentemente, neste trabalho;
- o CISAM, como um espaço de ensino e pesquisa;
- as colegas Enfermeiras das unidades de saúde da família, que acolheram esse trabalho com muito interesse e participação;
- as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que nos apoiaram com entusiasmo;
- as adolescentes, com as quais compartilho quase 15 anos de minha vida profissional; todas aquelas que participaram diretamente e as que, por algum motivo, não estiveram comigo nesse trabalho.

Então, pinte de azul os meus sapatos por não poder de azul pintar as ruas, depois vesti meus gestos insensatos e colori as minhas mãos e as tuas.

CARLOS PENA FILHO

RESUMO

ESTUDO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO EM PUÉRPERAS ADOLESCENTES

BARBOSA, Edilene

PETTRIBÚ, Kátia

OBJETIVO: Determinar a prevalência do transtorno depressivo no puerpério de adolescentes. **MÉTODO:** O estudo foi realizado em Recife-PE, no período de fevereiro a setembro de 2006. As adolescentes (n=177) foram entrevistadas em serviços públicos de atenção básica, sendo utilizado um questionário de dados sociodemográficos e duas escalas, uma para avaliar a qualidade de vida o Short- Form Health Survey (SF-36) e a outra para rastreamento da depressão pós-parto - POSTPARTUM DEPRESSION SCALE (PDSS). As adolescentes encontravam-se entre a sexta e vigésima semanas de puerpério. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e foi utilizado para a obtenção dos cálculos o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 13, utilizou-se também os testes estatísticos do Qui-quadrado de Pearson, o teste de Fischer e o teste t-Student. **RESULTADOS:** Foi identificado uma prevalência 34,5 % de adolescentes com DPP. O maior número de gestações e de partos, o uso de drogas lícitas e ilícitas e o tipo de alimento oferecido a criança (leite materno exclusivo, leite materno associado ao leite artificial e o cardápio familiar) mostraram associação significativa com a DPP. As puérperas com depressão apresentaram médias inferiores em todos os domínios da SF-36 em relação às não deprimidas, apresentando associação significativa os domínios: capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. As puérperas com depressão apresentaram médias inferiores em todos os escores da avaliação de QV quando comparadas às não deprimidas. **CONCLUSÃO:** Os resultados indicam que a prevalência, entre nós, da DPP na adolescência é alta, podendo-se considerar que esse é um grave problema de saúde pública. .

Descritores: Adolescência, Depressão Pós-Parto, Puerpério, Qualidade de Vida

ABSTRACT

STUDY OF DEPRESSIVE DISORDER IN POSTPARTUM ADOLESCENTS

BARBOSA, Edilene

PETRIBÚ, Kátia

OBJECTIVE: To determine Postpartum Depression Disorder (PDD) prevalence on adolescents. **METHOD:** The study was performed in Recife-PE, from February to September 2006. The adolescents (n=177) were interviewed at basic attention public services. A social demographic data questionnaire and two scales were used: SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36) for life quality evaluation and POSTPARTUM DEPRESSION SCALE (PDSS) for postpartum depression trace. The adolescents were between the sixth and the twentieth week of postpartum. EXCEL spreadsheet was used to input data and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 13 computer program was used to obtain calculations. Statistical tests were also used as: Pearson's Chi-square, Fischer's and the t-Student's test. **RESULTS:** Our studies identified a prevalence of 34.5% of the adolescents with PDD. A significant association between PDD and prenatal services use was verified. Higher number of pregnancy and childbirth, use of legal and illegal drugs and the type of food offered to the newborn (exclusive maternal milk, maternal milk associated with artificial milk and familiar menu) indicated a significant association with PDD. The postpartum depressed adolescents had lower average SF-36 than non-depressive. The depressed adolescents showed significant association with the fields: functional capacity, general state of health, vitality, social aspects and mental health. The postpartum depressed adolescents showed lower scores on VQ evaluation in comparison with non-depressed. **CONCLUSION:** Results indicate that the prevalence of Pregnancy Depression Disorder among adolescents in our environment is high and it can be considered a severe public health problem.

Descriptors: Adolescence, Postpartum Depression Disorder, Postpartum, Life Quality.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

QUADRO ÚNICO

QUADRO Distribuição dos serviços de atenção básica, utilizados para coleta de dados de acordo com o Distrito Sanitário (DS). Recife - PE, Brasil, 2006.....	35
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

TABELAS

TABELA 1 Distribuição das puérperas adolescentes segundo as características sociodemográficas.....	46
TABELA 2 Avaliação da DPP de acordo com as características sociodemográficas estudadas.....	48
TABELA 3 Características do comportamento reprodutivo e a presença da DPP.....	49
TABELA 4 Características do comportamento sexual e social e a presença da DPP.....	50
TABELA 5 Avaliação dos domínios da Escala SF-36 segundo a presença ou ausência da DPP.....	51

LISTA DE SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
APA	ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA
BDI	BECK DEPRESSION INVENTORY
CEP	COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
CID-10	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – X EDIÇÃO
CISAM	CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
DPP	DEPRESSÃO PÓS-PARTO
DS	DISTRITO SANITÁRIO
DSM IV- TR	MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA TRANSTORNOS MENTAIS, QUARTA EDIÇÃO, TEXTO REVISADO
EPDS	EDINBURG POST-NATAL DEPRESSION SCALE
HAM-D	HAMILTON DEPRESSION
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IMIP	INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO
MSQOF	MIGRAINE SPECIFIC QUALITY OF LIFE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PDSS	POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE
PN	PRÉ-NATAL
PROSAD	PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE
R.N.	RECÉM-NASCIDO
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA BÁSICA
SF-36	SHORT FORM HEALTH SURVEY N- 36
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SM	SALÁRIO MÍNIMO
TDAH	TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
UPE	UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
USF	UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 DEPRESSÃO.....	17
2.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP).....	19
2.3 FILHO DE MÃES DEPRIMIDAS.....	22
2.4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	25
2.5 QUALIDADE DE VIDA.....	28
3 OBJETIVOS	32
3.1 GERAL.....	32
3.2 ESPECÍFICOS.....	32
4 METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 POPULAÇÃO ESTUDADA.....	34
4.3 ÁREA DE ESTUDO.....	35
4.4 PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	36
4.5 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	36
4.6 ESTUDO PILOTO.....	37
4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
4.8 COLETA DE DADOS.....	38
4.9 DEFINIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	38
4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	44
4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
5 RESULTADOS	46
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	46
5.2 DEPRESSÃO PUERPERAL.....	47
5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E A PRESENÇA DA DPP.....	47
5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO REPRODUTIVO E A PRESENÇA DA DPP.....	48
5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL E SOCIAL E A PRESENÇA DA DPP.....	50
5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE A MÉDIA DOS DOMÍNIOS DA ESCALA SF-36 E A PRESENÇA DA DPP.....	51
6 DISCUSSÃO	53
7 CONCLUSÕES	61
8 RECOMENDAÇÕES	63
9 REFERÊNCIAS	65
APENDICES E ANEXOS	

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a depressão é um transtorno mental muito freqüente na população em geral. A significativa incidência dessa enfermidade, considerada um grave problema de saúde pública, vem acarretando expressivo aumento na utilização dos serviços de saúde (BOTEGA, 2006; FRÁGUAS; FIGUEIRÓ, 2000; LAFER et al., 2000).

Estudos demonstram que 17,1% da população em geral ter episódio de doença depressiva pelo menos uma vez na vida. É importante registrar que a incidência de depressão é cerca de duas vezes maior nas mulheres do que nos homens (KESSLER et al., 2003).

A maior prevalência de transtorno depressivo nas mulheres pode ser resultado de mudanças hormonais, associadas a fatores genéticos predisponentes. O padrão de alterações neuroendócrinas, relacionadas aos hormônios femininos e ao ciclo reprodutivo, torna as mulheres mais vulneráveis a essas mudanças de humor e mais sensíveis a fatores sociais e psicológicos (NARDI; VERAS, 2005).

Além da depressão, as mulheres são acometidas por condições comórbidas, tanto físicas como mentais. A partir da menarca, sofrem de transtornos de humor específicos, tais como: a disforia pré-menstrual, depressão pré-natal, pós-natal e perimenopáusicas, assim como transtornos de humor e de ansiedade associados à infertilidade e às gestações abortadas (STEINER, 2005)

A depressão pós-parto (DPP), na maioria das vezes, tem seu início na quarta semana de puerpério, com a mesma duração de um episódio depressivo que venha ocorrer em outra fase da vida. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas, como irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas situações. Uma mãe com DPP pode apresentar também sintomas como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente. Essas mulheres apresentam sintomas peculiares relativos ao bebê, como

sentimentos de culpa, ansiedade e medo de causar-lhe sofrimento (STEINER;YONKERS; SOARES, 2001).

Afora a depressão, outros transtornos do humor acometem as mulheres no período pós-parto, como a melancolia da maternidade, conhecida por *baby blues* ou *maternity blues*, além das psicoses puerperais. A melancolia da maternidade caracteriza-se por um período curto de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea. As psicoses puerperais manifestam-se por sintomas intensos, incluindo ruminções graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos à criança (O'HARA,1997; SOUZA, 1997).

Em que pese uma variedade de transtornos de humor pode acometer as mulheres no puerpério, este trabalho restringue-se à análise da depressão pós-parto, em especial ao exame da manifestação dessa enfermidade nas puérperas adolescentes.

Para a aferição dos sintomas da DPP faz-se importante a utilização de escalas de avaliação, sendo a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), utilizada nesse estudo a mais apropriada para este fim, porquanto inclui sintomas considerados como reações fisiológicas do puerpério, além de contemplar outros fatores importantes para o diagnóstico da DPP, como sentimentos de ambivalência em relação ao bebê, opressão pela responsabilidade do cuidar, e dificuldades em revelar seus sintomas por receio de estigmatização (CANTILINO, 2003).

Para Schwengbery; Piccinini (2005), a prevenção da DPP teria o condão de evitar o estabelecimento de um padrão negativo de interação da mãe com o seu bebê ¹. Isso porque os benefícios dessa atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães, porquanto representam, também, um grande benefício às crianças.

De acordo com a maioria dos estudos nacionais, a prevalência da DPP está situada entre 10% e 19,1% em amostras não selecionadas de puérperas (SILVA, 1998; SANTOS et al, 1999; CANTILINO, 2003; MORAES et al, 2006).Entretanto, Cruz et al. (2005) encontraram uma prevalência de 37,1% ao avaliarem 70 puérperas em Unidades de Saúde da Família (USF) em São Paulo ².

¹ Esses autores sugerem que o tempo de duração da doença e sua natureza crônica implicariam maiores prejuízos na relação materno-filial.

² O Ministério da Saúde recomenda que uma boa assistência pré-natal deve incluir o cuidado à saúde mental da mulher, o preparo para o parto, a rede social disponível (tanto para a jovem mãe como para o seu filho), assistência pós-natal e o atendimento que inclua o seu parceiro sexual. Propõe-se a oferecer todas as formas disponíveis para proteção da sua saúde sexual e reprodutiva da mulher (BRASIL, 2002).

Considerando apenas o grupo de adolescentes ³, a depressão é um dos maiores problemas da maternidade nessa faixa etária, acometendo até uma em cada duas adolescente (FIGUEIREDO,2000).

Botega (2006) recomenda que, mesmo no final do primeiro ano de vida da criança, os profissionais de saúde investiguem a presença de idéias depressivas em mães adolescentes, considerando que seus filhos serão os primeiros a se beneficiarem com os resultados das intervenções precoces.

Embora a DPP seja, como visto linhas atrás, um problema de saúde pública, além de possuir fácil diagnóstico e tratamento eficaz, ainda é uma enfermidade pouco estudada.

Esse trabalho, portanto, objetiva auxiliar na compreensão da DPP, tendo avaliado, exclusivamente, sua manifestação entre puérperas da rede pública de saúde da cidade do Recife.

Assim sendo, a relevância desse estudo reside em:

- estudar um transtorno psiquiátrico (DPP) de elevada prevalência e ainda pouco pesquisado;
- sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde da rede básica, para que se tornem capazes de identificar, intervir e encaminhar os casos de DPP;
- minimizar os danos causados na relação da mãe adolescente portadora de DPP com seu filho (a).

³ No Brasil, a gravidez na adolescência ocorre com grande frequência. Estima-se que na região norte, 30% dos partos são realizados em menores de 20 anos, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005b).

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEPRESSÃO

O transtorno depressivo é um problema médico grave e de significativa incidência na população em geral. Das principais causas de ônus acarretado por todas as doenças durante a vida, ocupa o quarto lugar, ocupando o primeiro lugar quando considerado o tempo vivido com incapacidades. Está associado a altos custos sociais e financeiros, pela perda da produtividade, em função das faltas ao trabalho e da redução da eficiência profissional (LIMA, 1999).

É uma doença de expressão clínica complexa, que altera particularmente o humor ou estado de ânimo, que é a dimensão do psiquismo responsável pela nossa capacidade de sentir prazer, tristeza, alegria e disposição. Assim, sofrer de depressão significa não conseguir desfrutar os prazeres normais da vida. Os portadores dessa doença experimentam sentimentos persistentes de inadequação, tristeza profunda ou irritação, desamparo ou pessimismo exagerado (PETRIBÚ; SANTANA, 2007).

Ao mesmo tempo, interfere em outras funções psíquicas, distorcendo negativamente o modo habitual de a pessoa interpretar os acontecimentos passados, presentes e futuros. Tais distorções produzem pensamentos disfuncionais de pessimismo, culpa, auto-acusação, morte e incurabilidade. Dificulta o desempenho cognitivo, notadamente a memória, a concentração e o raciocínio. Produz vários sintomas físicos, como sensação de cansaço ou fadiga, lentificação psicomotora, perturbação do sono e perda de peso. Compõe, assim, um conjunto de sinais e sintomas que acomete o indivíduo, provocando grande sensação de desconforto e sofrimento (FRAGUÁS; FIGUEIRÓ, 2000).

O transtorno depressivo acarreta, pois, incapacidade, restrição ou impossibilidade de o indivíduo realizar atividades, comprometendo a qualidade de vida em várias dimensões. Além disso, em pacientes clínicos, aumenta significativamente o tempo de internação, além da morbidade e mortalidade decorrente da condição médica de base. O impacto torna-se ainda mais significativo quando se considera que a maioria dos casos é

subdiagnosticada, não tratada ou tratada de forma inadequada (PETRIBÚ; SANTANA, 2007).

Estudos epidemiológicos demonstraram que 17,1% da população em geral terão episódio da doença depressiva ao longo da vida (KESSLER et al., 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) estima que na rede de atenção primária de saúde essa prevalência seja de 10,4%, isoladamente ou associada a uma ou mais doenças físicas.

Ao longo da vida, uma em cada vinte pessoas é acometida por episódio depressivo grave. De cada 50 casos de depressão, um necessita de internação e 15% tentam suicídio. Registre-se, ainda, que a depressão tem caráter recorrente e que o risco de um segundo episódio é de 50%, aumentando acima de 90%, no caso do terceiro episódio (BOTEGA, 2006; LAFER et al, 2000).

Quanto ao sexo, em diferentes partes do mundo, há estudos que sugerem a prevalência de transtornos de humor nas mulheres (duas vezes mais do que nos homens). Seu pico ocorre durante os anos de vida reprodutiva da mulher, sendo o puerpério o período de maior vulnerabilidade, devido a uma maior flutuação hormonal (STEINER; YONKERS; SOARES, 2001).

No que se refere à idade, a depressão pode acometer o indivíduo em qualquer faixa etária. Tem sido observado um aumento na prevalência da depressão em grupos cada vez mais jovens da população (LAFER et al., 2000).

Na adolescência, são observados sintomas peculiares, tais como: raiva expressa de modo inadequado, agressividade, fugas, delinquência, retraimento social, desajustes sexuais, abuso de álcool e de drogas, inquietação e apatia. São também comuns os transtornos alimentares (bulimia e anorexia) e queixas psicossomáticas.

É importante salientar que alguns desses sintomas ocorrem na adolescência sem serem caracterizados como patológicos. É patológico, todavia, quando existem alterações de comportamentos mais duradouros que acarretam prejuízos nas relações interpessoais e/ou no desempenho acadêmico do adolescente (BILYK et al., 2004; GRILLO; SILVA, 2004).

Nessa faixa etária, o transtorno depressivo caracteriza-se por humor deprimido ou irritável, diminuição do interesse ou da capacidade de sentir prazer, alteração do peso e

do sono, fatigabilidade, baixa auto-estima e diminuição da capacidade de concentração, além de ser uma importante causa de suicídio entre adolescentes (TOWSEND, 2000).

A prevalência da depressão na adolescência é similar à taxa de prevalência para a depressão ao longo da vida, o que pode sugerir que alguns adultos apresentam sintomatologia depressiva desde a adolescência (SUKHAMANI et al., 2000)

Pode ser mais difícil reconhecer os sintomas de depressão nos adolescentes do que nos adultos. Os sentimentos de tristeza, solidão, ansiedade e desespero podem ser percebidos pelos profissionais de saúde como estressores emocionais normais do crescimento. Por essa razão, muitos jovens com depressão têm seus sintomas atribuídos aos ajustes normais da adolescência, não são avaliados de forma correta e não obtêm tratamento adequado.

2.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, em sua quarta edição, com texto revisado (DSM IV - TR), “não há distinção dos transtornos de humor do pós-parto e os que acontecem ao longo da vida”. Se os sintomas ocorrem no período puerperal, utiliza-se o especificador com início no pós-parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2002).

Para a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10), a DPP é classificada no capítulo denominado “Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos”. É codificada como F53.0, sob a designação de transtornos do comportamento leve, associada ao puerpério e não classificada em outros locais (OMS, 2007).

Durante a gravidez, é observado um pico na depressão no primeiro trimestre, uma melhora dos sintomas durante o segundo e um novo aumento durante o terceiro trimestre. Os sintomas depressivos são mais evidentes durante o terceiro trimestre do que seis meses após o parto. O humor deprimido ou ansioso durante a gravidez está associado à

DPP subsequente, da mesma forma que traços neuróticos ou vulneráveis de personalidade (ZINGA et al., 2005).

Em relação às mulheres deprimidas que bebem ou fumam compulsivamente durante a gravidez, existe maior risco de que o estado depressivo continue no período pós-parto (O'HARA et al., 1984).

A mudança abrupta do estado gravídico para o estado puerperal impõe à mulher uma série de alterações hormonais, sociais e psicológicas. As manifestações psíquicas mais encontradas são os quadros de *maternity blues* ou disforia pós-parto e depressão puerperal. Já as psicoses puerperais são mais raras (STEINER, 2005).

O *maternity blues* ou disforia pós-parto é o quadro mais comum e mais leve encontrado no puerpério, com início do segundo ao quarto dia e remissão, no máximo, com duas semanas pós-parto. Manifesta-se por choro fácil, ansiedade, inquietação, cansaço e irritabilidade, chegando a atingir 70-85% das puérperas (LAFER et al., 2000).

As puérperas com DPP geralmente expressam sintomas peculiares em relação aos quadros depressivos que ocorrem em outras fases da vida. Apresentam humor deprimido, aparente desinteresse por si ou pela criança, não conseguem cumprir com as rotinas dos cuidados maternos, têm sono excessivo ou insônia, irritabilidade, sentimentos de culpa, ansiedade, medo de causar sofrimento ao bebê e sentimentos de ambivalência em relação à criança. Além do sentimento de opressão pela responsabilidade do cuidar, geralmente sentem dificuldades em revelar seus sintomas, por receio de serem estigmatizadas (CANTILINO, 2003; MENEZES, 2002).

Estudos internacionais apontam para uma prevalência de 10 a 20% de DPP na população geral de mulheres, não sendo especificada a faixa etária das avaliadas (STEINER; YONKERS; SOARES, 2001; LATORRE-LATORRE; CONTRERAS-PEZZOTTI; HERRAN-FALLA, 2006).

No Brasil, de acordo com Justo e Calil (2006), a prevalência situa-se entre 12 e 19,1%, em estudos cuja faixa etária não é especificada. Silva et al. (1998), na validação da escala *Edinburg Post-natal Depression Scale* (EPDS), avaliaram 21 mulheres com idade média de 21 anos e encontraram uma prevalência de 12% para a DPP. Santos, Martins, Pasquali (1999), estudando 69 mulheres com idade média de 28 anos, obtiveram uma prevalência de 13,4%, empregando também a escala EPDS.

Cantilino (2003) encontrou uma prevalência de 13,3% para DPP em mulheres com idade entre 15 e 45 anos, avaliadas em serviços hospitalares, consultórios e ambulatórios de assistência básica da cidade do Recife-PE. Foi utilizada como escala de rastreamento a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS).

Em Pelotas – RS, foi identificada uma prevalência de 19,1% para a DPP, entre mulheres de 20 a 29 anos, utilizando-se a escala de depressão de Hamilton (MORAES et al., 2006).

No entanto, Cruz et al. (2005), utilizando a EPDS em 70 puérperas com faixa etária de 15 a 43 anos, atendidas em unidades de saúde da família, em São Paulo, encontraram uma prevalência de 37,1%, um percentual bem maior do que os até então encontrados para a DPP no Brasil.

De Rosa e Logdson (2006), em um estudo canadense sobre a análise dos questionários utilizados para diagnóstico e avaliação da DPP na adolescência, afirmam que 47% experimentam sintomas de depressão. Enquanto Figueiredo, em Portugal (2000), pesquisando a relação das mães adolescentes com seus filhos, descreve a prevalência de 26 a 68%, a partir da análise de estudos realizados entre os anos de 1961 a 1975. Assim, verifica-se que a prevalência de DPP na adolescência é mais alta do que nas mulheres adultas.

Em relação aos fatores de risco para a DPP, Demétrio e Dias (2003) apontam os seguintes: pouca idade, falta de suporte social (conjugal), além de solidão e prole numerosa. Ainda segundo esses autores, as mulheres com antecedentes psiquiátricos e/ou aquelas que tenham interrompido o tratamento psiquiátrico durante a gravidez apresentam grande risco para recaídas durante o puerpério.

A prevalência, ao longo da vida, de transtornos de humor em parentes de primeiro grau de mulheres com DPP é muito maior que na população em geral, o que indica um possível componente genético ou familiar relacionado a esses transtornos (ZINGA et al., 2005).

Zinga, Phillips e Born (2005) sugerem que algumas mulheres possuem maior sensibilidade às alterações hormonais, desde a menarca, o que aumenta sua vulnerabilidade aos estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos.

Em mulheres susceptíveis, esses estressores desencadeiam a alteração de um estado já vulnerável para a manifestação de um transtorno do humor, em momentos de altas flutuações hormonais, tal como no parto e no puerpério. Uma linha de pensamento desses mesmos autores é a de que o transtorno de humor no pós-parto pode ser tratado com estrógeno (na tentativa de ajustar os níveis hormonais, revertendo a sensibilidade do sistema de neurotransmissores), porém há controvérsias em relação a essa prática (ZINGA PHILLIPS, BORN, 2005).

Segundo Justo e Calil (2006), vários processos biológicos estão envolvidos na predisposição das mulheres à DPP, incluindo vulnerabilidade genética, flutuações hormonais relacionadas a vários aspectos na vida reprodutiva e sensibilidade indevida a tais flutuações hormonais pelos sistemas cerebrais que medeiam os estados depressivos.

Esses autores consideram alguns eventos psicossociais, como o estresse pelo papel exercido, a vitimização sofrida por algumas mulheres, a socialização de gênero nas sociedades ocidentais, os estilos de enfrentar situações interiorizando-as e as condições sociais de desvantagem econômica, como fatores que contribuem para o aumento dessa vulnerabilidade.

Moraes et al. (2006) acrescentam, além das precárias condições socioeconômicas das puérperas, ainda, os seguintes fatores de risco para DPP: não-aceitação da gestação; preferência pelo sexo da criança; pensamentos relacionados a aborto e rejeição à maternidade.

Por fim, algumas complicações obstétricas têm sido associadas à DPP, como hemorragia pré-parto, cesariana de emergência e privação do sono no final da gravidez e no período imediatamente após o parto (BRASIL, 2000).

2.3 FILHOS DE MÃES DEPRIMIDAS

Zucchi (1999) afirma que os filhos de mães acometidas pela DPP têm menos contato afetivo com suas mães. Já Carvalhães e Benício (2002), com base em um estudo realizado em Botucatu-São Paulo, apontam que a saúde mental materna comprometida

eleva o risco de acidentes, de retardo no desenvolvimento e no crescimento da criança, bem como de negligência na alimentação, mesmo quando há disponibilidade de alimentos.

A depressão materna gera, ainda, interferências na amamentação, nos cuidados de puericultura, higiene, imunização, etc. Quadros depressivos graves podem impor, até mesmo, o afastamento da mãe da responsabilidade pelo cuidado com a criança.

Schwengberi e Piccinini (2005) realizaram um estudo comparativo entre mães deprimidas e não deprimidas, com utilização da escala de Beck para depressão. Verificaram que as deprimidas apresentaram mais impressões e sentimentos negativos em relação ao bebê e às obrigações da maternidade do que as não deprimidas. No que se refere à relação entre o desenvolvimento do bebê com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas do convívio familiar, os dois grupos apresentaram resultados similares.

Os estudos de Schwengberi e Piccinini (2003, 2005) sugerem que o tempo de duração da DPP e a sua cronicidade poderiam implicar prejuízos na relação da mãe com a criança. No final do primeiro ano de vida, os filhos de mães deprimidas tendem a mostrar menos engajamento na exploração de objetos e também menos expressão de afeto positivo.

Considerando as graves implicações do quadro de DPP, os referidos autores recomendam o diagnóstico precoce da depressão durante a gestação e a intervenção imediata, pois tais ações preventivas evitariam o estabelecimento de um padrão negativo de interação materno-filial.

Motta et al. (2005) enfatizam que o período inicial da vida é crítico para o desenvolvimento da criança. Assim sendo, reforçam a necessidade de apoio familiar, terapêutico e social, para que mães deprimidas possam exercer sua maternidade adequadamente.

Figueiredo (2000) relata que, em relação aos cuidados maternos, as mães muito jovens têm fraco desempenho, se comparadas às mães adultas. A fim de minimizar o impacto adverso dessa realidade, o referido autor indica, como fator de proteção para a criança, a existência de suporte familiar e social, de condições favoráveis à adolescente, para que não haja abandono de suas atividades escolares, e intervenções médicas adequadas no caso de diagnóstico da depressão.

As conseqüências da DPP não tratada podem ser deletérias para a mãe e para o bebê. Não raramente, a DPP persiste por meses e até anos após o parto. Em situações raras, podem até surgir sintomas psicóticos, com aumento do risco e ônus para a díade mãe e filho(a) (JUSTO; CALIL, 2006).

Maldonado (1991) refere que o bebê tem possibilidades de ser mais bem acolhido pela mãe quando ambos estão em um ambiente favorável, no qual esta seja assistida por pessoas de seu convívio familiar. Isso porque, mesmo considerando um possível transtorno de humor materno, alguém poderá cuidar da criança e suprir tal deficiência. É importante mencionar que, em ambientes excessivamente turbulentos e confusos, com pessoas hostis e críticas, o bebê torna-se inquieto, o que contribui para piora do transtorno de humor materno.

Garfinkel, Carlson e Weller (1992) apontam a existência de transtorno depressivo em um dos pais biológicos como fator desfavorável para o desenvolvimento da criança. No caso de depressão materna, há forte associação com psicopatologias desenvolvidas pelos seus filhos. Quando a depressão ocorre com o pai, não há relato de associação com psicopatologias desenvolvidas na infância. Essa informação é reforçada por Schwengber e Piccinini (2003).

Figueiredo (2000) propõe a elaboração de programas preventivos que objetivem não apenas a melhoria da qualidade da interação da mãe com seu filho, seja ela adolescente ou adulta, mas também a promoção da resiliência, ou seja, o desenvolvimento de estratégias de competências, visando ao implemento de um contexto de vida mais favorável para a díade mãe/ filho(a). O monitoramento das conseqüências da DPP materna no desenvolvimento da criança deve ser iniciado na assistência básica, nas ações do pós-natal e puericultura (DE ROSA; LOGDSON, 2006; BOTEGA, 2006).

Importa, ainda, mencionar que muitas mães adolescentes têm dificuldades de assumir e expressar sintomas depressivos, com receio de serem estigmatizadas, devido à expectativa social de que a mulher deve estar satisfeita pelo fato de ser mãe, o que as leva a se sentirem culpadas por esse sentimento negativo. Isso acaba por provocar a negação dos sintomas da doença e, conseqüentemente, maior dificuldade no diagnóstico e no tratamento (MENEZES, 2002).

Enfim, a qualidade de vida dessas crianças e de suas mães, além da dos demais familiares, fica seriamente comprometida quando não há abordagem específica, suporte emocional e ação terapêutica eficaz (SILVA, 2001; STEINER, 2005).

2.4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

No Brasil, a partir da década de 70, os índices de gestação na adolescência têm aumentado consideravelmente e a média de idade das gestantes, diminuído. Estima-se que de 20 a 25% do total das mulheres gestantes sejam adolescentes, isto é, há uma gestante adolescente para cada cinco mulheres grávidas (BRASIL, 2003). Na região norte, 30% dos partos são realizados em menores de 20 anos, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005b).

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais de 2006, houve mudanças no cenário das famílias brasileiras. Apesar da redução no número médio de filhos por mulher em todo o País, houve ligeiro aumento na proporção de meninas de 15 a 17 anos de idade com filhos, de 2004 para 2005, de 6,8% para 7,1%. No mesmo ano, segundo o DataSUS, que sistematiza os dados da rede pública de saúde, das 149.878 crianças nascidas vivas, 35.614 são filhas de mães com idade entre 10 e 19 anos. Esse aumento ocorreu principalmente nas regiões Norte (1,6 ponto percentual) e Nordeste (0,5 p.p.) (BRASIL, 2005c).

A gravidez ocorre geralmente entre a primeira e a quinta relação sexual. O parto é a principal causa de internamento entre jovens com idade entre 10 e 14 anos. Podemos dizer que as taxas de fecundidade da mulher adolescente representam um desafio que merece reflexão contínua, já que a gravidez na adolescência, de modo geral, é enfrentada com dificuldades (BARBOSA et al., 2000).

A discussão atual sobre gravidez na adolescência passa por reflexões de várias ordens. O entendimento que se tinha até então, de que toda gravidez na adolescência seria uma gravidez de risco, não é mais o mesmo. A incidência de gestações nessa faixa etária é grande, o que faz com que os serviços de pré-natal no Brasil já esperem por adolescentes entre as suas usuárias (BRASIL, 2005 b).

Atualmente, acredita-se que os riscos da gravidez na adolescência estejam mais relacionados a fatores psicossociais, fundamentalmente ao ciclo da pobreza e baixa escolaridade, falta de perspectivas na vida dessas jovens: sem escola, saúde, cultura, lazer e emprego. Embora a gravidez na adolescência seja, em geral, não planejada, para algumas jovens, pode representar a única maneira de modificar seu status na vida (SANTOS, 2000).

A gravidez que, na maioria dos casos, não foi planejada, parece ter sido “desejada” entre as adolescentes pobres brasileiras, passando a ser um grave problema social e de saúde pública. Depois que a gravidez ocorre, é que algumas jovens se dão conta de que ela pode ser inoportuna (BARBOSA et al., 2000).

Michellazzo et al. (2004) realizaram um estudo de caso – controle a fim de verificar as diferenças de alguns indicadores sociais entre mulheres adolescentes e adultas, no município de Ribeirão Preto - SP, no período de 1992 a 1996. Verificaram um aumento do número de partos vaginais entre adolescentes (de 18,9% no início do período, para 29,1%). Relataram, ainda, que entre as adolescentes que engravidaram, a comunicação intra-familiar é deficiente, há baixa satisfação pessoal, além de dificuldades escolares e econômicas. As adolescentes que não engravidaram apresentaram mais religiosidade, pais com melhores níveis de escolaridade e que trabalhavam fora de casa.

Muitos são os fatores que procuram justificar o aumento do número de gestantes adolescentes no Brasil, dentre os quais podemos citar: a ocorrência de casos de gravidez precoce no núcleo familiar; a necessidade de a adolescente projetar-se na sociedade como mulher; o início precoce da prática sexual, associado à não-utilização de métodos contraceptivos, e o baixo nível socioeconômico, característica dos quadros de exclusão social no Brasil (BARBOSA et al., 2000).

Em relação à influência das experiências familiares de gravidez precoce (mãe ou irmãs que engravidaram na adolescência), numa pesquisa realizada em João Pessoa – PB, foi identificado que 72% das mães das jovens puérperas estudadas haviam sido mães na adolescência (SILVA; SALOMÃO, 2003).

O suporte socioemocional oferecido pelas avós pode ser significativo para a mãe e sua criança. Para esses autores, as avós, quando ajudam a conduzir a maternidade adolescente, não só cuidando diretamente do bebê e da mãe, mas ensinando-a a lidar com a criança, acabam, muitas vezes, tornando-se mães substitutas do neto (a).

Os autores acima detectaram que algumas crianças chamam a avó de mãe, corroborando com a idéia de que a avó é mãe e avó ao mesmo tempo. Acreditam que, delimitando-se os papéis, o(a) neto(a) tenha oportunidade de vivenciar melhores oportunidades de aconchego e carinho na troca de experiências com os avós enquanto avós e não enquanto pais.

Outro fator que pode vir a favorecer a gravidez na adolescência, além da experiência familiar de gravidez precoce, é a necessidade de a jovem projetar-se na sociedade como mulher, provando, para si e para os outros, sua capacidade de engravidar. Ressalte-se que a rebeldia, o ressentimento para com os pais, o pensamento de onipotência do adolescente (que pensa poder tudo fazer, e nada de errado lhe acontecer), além da falta de diálogo familiar, também são realidades merecedoras de atenção e estudos (BARBOSA et al., 2000).

O início precoce das atividades sexuais e a não-utilização de métodos contraceptivos são fatores que propiciam o aumento da incidência de gravidez em idades tão precoces. De acordo com Guimarães, Vieira e Palmeira (2003), adolescentes não usam preservativos, apesar de esse ser o método mais conhecido entre eles. Recebem informações sobre métodos contraceptivos, por meio de jornais, revistas e colegas, e poucos discutem esse tema na escola ou em casa.

Para Foucalt (2005), a gravidez, quando ocorre sem planejamento prévio, às vezes numa etapa de aprendizagem da sexualidade, como fruto de relacionamentos afetivos instáveis, nem sempre é indesejada. Muitos homens associam a paternidade a uma melhoria do *status* social, por meio da qual passam a ser mais respeitados pela sua masculinidade, e as mulheres associam a maternidade ao seu “projeto” de realização pessoal.

Outros autores pontuam que a gravidez na adolescência é sempre uma situação de crise. Townsend (2000) relata que tanto a adolescência quanto a gravidez e o parto são crises vivenciadas pelo ser humano. Entre tantas conseqüências, a gravidez na adolescência termina promovendo uma maior exclusão social, visto que as jovens, na maioria das vezes, já se encontram desprovidas de condições básicas de vida e fora da escola.

Para Menezes (2002), a gravidez parece ser o motivo que afasta as adolescentes da escola, implicando baixa escolaridade e conseqüente despreparo para o mercado de trabalho, baixa auto-estima e pensamentos mórbidos em relação à vida e a si mesmas, com

fortes características que as vulnerabilizam a transtornos de saúde mental, como o transtorno depressivo.

Para Pantoja (2003), o processo de exclusão social, que ocorre entre nós, não só viabiliza a gravidez precoce como também interfere no surgimento de transtornos mentais, sendo respaldado pela pobreza, pela pouca escolaridade e pela ausência de expectativas para o futuro.

Afora isso, a constatação de ausência de métodos contraceptivos entre essas jovens mães autoriza-nos a pensar, toda vez que nos depararmos com uma adolescente grávida, que estamos diante de alguém que esteve exposta, em idade precoce, a doenças sexualmente transmissíveis, em especial ao HIV. Alguém que esteve e está vulnerável a adoecer e morrer (BARBOSA et al., 2000).

2.5 QUALIDADE DE VIDA

Segundo Fleck (1999) a OMS refere que, a Qualidade de Vida (QV) consiste na percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações. É, portanto, um conceito subjetivo firmemente associado ao estado biopsicosocial de cada ser humano (COPPINI; JORGE, 2006).

De acordo com Seidl e Zannon (2004), o conceito de QV refere-se a um movimento das ciências humanas e biológicas, que consiste em valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A promoção da saúde deve estar associada à QV, pois é a ação desenhada para impulsionar mudanças na sociedade e nos indivíduos, que conjuguem o surgimento ou fortalecimento de condições sustentáveis para a produção de saúde e que permitam às pessoas a liberdade necessária para o exercício de suas capacidades (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

Há duas maneiras básicas para se avaliar a QV: as avaliações genéricas e as específicas. A Short-Form 36 (SF-36) é uma escala genérica que proporciona a aferição da

opinião do paciente, comparando o ônus atribuível à determinada condição com o de outras moléstias e com pessoas tidas como saudáveis. Já as avaliações específicas permitem aferições para doenças específicas (por exemplo, *Migraine Specific Quality of Life – MSQOF*). É importante salientar que essas avaliações devem medir o impacto dos agravos sobre a qualidade de vida das pessoas, o que é essencial para as pesquisas na área de saúde (CICONELLI, 1997; CALIL, 2001).

Não existem, até o momento, instrumentos específicos e validados para o português que possam ser utilizados para avaliar a QV do adolescente e a DPP. O SF-36, apesar de ser um instrumento genérico, tem sido muito utilizado para estudos com adolescentes. No entanto, trabalhos internacionais que avaliam a QV nessa faixa etária reconhecem as limitações desse instrumento e propõem a elaboração de novas escalas, mais específicas (VITALE, 2001).

Enquanto proposta de abordagem, vem se tornando cada vez mais popular, pela utilidade na determinação do impacto global das doenças e terapêuticas, a partir da perspectiva do enfermo. Recomenda-se que, apesar das limitações, não se deve deixar de avaliar a QV (VITALE, 2001).

As avaliações de QV em psiquiatria são recentes, mas bastante relevantes nos estudos da efetividade das propostas terapêuticas, de adesão ao tratamento e na avaliação de programas de reabilitação social (COPPINI; JORGE, 2006), além de serem potencialmente úteis na demonstração do impacto das doenças mentais na vida das pessoas (KUCZYNSKI, 2003).

Para um portador de um transtorno psiquiátrico, o conceito de QV difere do usado em outras populações, porquanto está ele submetido a necessidades especiais, que influenciam profundamente a sua existência e o seu senso de bem-estar. Um exemplo é a questão do estigma associado à doença mental, aos poucos recursos cognitivos, afetivos, sociais e às suas inabilidades para lidar com tudo isso, mesmo que momentaneamente. Portanto, essas peculiaridades justificam a elaboração e testagem de instrumentos adequados e específicos, sendo essa uma meta importante para a otimização das abordagens terapêuticas (COPPINI; JORGE, 2006).

Rojas et al. (2006), em estudo com 159 portadoras de DPP, na faixa etária de 16 a 43 anos, observaram que três dos oito domínios do SF-36 estavam comprometidos.

Acentuaram a importância dessa avaliação, na medida em que propostas de intervenções deverão surgir para melhorar as condições desta população.

Da Costa et al. (2006) avaliaram, também pelo SF-36, a QV de 93 mulheres com idade média de 33,7 anos e com DPP. Identificaram que cinco dos oitos domínios do instrumento estavam comprometidos, além do fato de que, entre as primíparas, essas limitações eram maiores, quando comparadas com as múltíparas.

Nas pessoas deprimidas, independente de faixa etária e gênero, é imperiosa a avaliação da QV. A OMS (2006), ao avaliar o impacto global das doenças, concluiu que o transtorno depressivo é a segunda patologia que mais causa incapacitação ajustada aos anos de vida.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Determinar a prevalência do transtorno depressivo em puérperas adolescentes atendidas em serviços de atenção básica da cidade do Recife.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a frequência do transtorno depressivo no puerpério de adolescentes.
- Verificar a associação entre a ocorrência de depressão pós-parto com variáveis relacionadas a características sociodemográficas e a características de comportamento reprodutivo, sexual e social.
- Perceber a associação entre a ocorrência de depressão pós-parto e os domínios da escala de qualidade de vida SF-36.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido em instituições públicas de saúde da cidade do Recife-PE, localizadas nos Distritos Sanitários (DS) I, II, III, IV, V e VI, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip) e no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam).

A proposta inicial foi a coleta de dados apenas no Cisam, onde está implantado o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad). No estudo piloto, foi identificada uma mudança na proposta de atenção desse serviço, e as adolescentes agendadas para o atendimento pós-parto passaram a comparecer com menos frequência, pois os ambulatórios de puericultura e a sala de vacina foram desativados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de corte transversal, também denominado estudo de prevalência, o qual tem sido empregado na prática de investigações, no campo da saúde coletiva, pelo seu baixo custo, alto poder descritivo e simplicidade analítica (ROQUAYROL,1999).

4.2 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada consistiu de adolescentes puérperas (entre a sexta e vigéssima semanas), com idade entre 14 e 20 anos, cadastradas de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) – Recife /2005 (BRASIL,2005 a).

4.3 ÁREA DE ESTUDO

Com o consentimento firmado por convênio existente entre a Universidade de Pernambuco (UPE) e a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, a coleta dos dados foi realizada em unidades de atenção básica de saúde da cidade, após a apresentação do projeto em todas as seis sedes dos distritos sanitários (DS) do Recife. No quadro abaixo, estão listadas as Unidades de saúde de Saúde da Família (USF) e centros de saúde visitadas.

QUADRO I - Distribuição dos serviços de atenção básica utilizados para coleta de dados de acordo com o Distrito Sanitário (DS) - Recife, 2006.

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADES DO SAÚDE DA FAMÍLIA E CENTROS DE SAÚDE
D.S.I	U.S.F. S.TEREZINHA; U.S.F. COELHOS; IMIP.
D.S.II	U.S.F. ALTO DO CAPITÃO/CURIÓ; U.S.F. CHÃO DE ESTRELAS I,II; U.S.F. IRMÃ TEREZINHA;U.S.F. ALTO DO MARACANÃ; CISAM /UPE
D.S.III	POLICLÍNICA PROF. BARROS LIMA; U.S.F. JOAQUIM CARVALHO; U.S.F. POÇO DA PANELA; U.S.F. APIPUCOS. JOÃO; U.S.F. GILBERTO FREIRE /RODA DE FOGO; U.S.F. MORRO DA CONCEIÇÃO; U.S.F. ALTO DA BRASILEIRA.
D.S.IV	U.S.F. JOAQUIM CAVALCANTI; POLO BEIRA RIO; U.S.F. VIETNÃ I, II; U.S.F. RODA DE FOGOS/ SINOS.
D.S.V	MATERNIDADE BANDEIRA FILHO; U.S.F. PLANETA DOS MACACOS; U.S.F. POLO SAN MARTINS.
D.S.VI	U.S.F. PINA; U.S.F. LAGOA DO ARAÇA; U.S.F. CAFEISÓPOLIS; U.S.F. VILA DAS AEROMOÇAS; U.S.F. JORDÃO ALTO.

4.4 PERÍODO DE REFERÊNCIA

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a setembro de 2006. Participaram da coleta a pesquisadora, três alunas do curso de graduação em Enfermagem e uma do curso de graduação em Medicina, como colaboradoras.

4.5 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

De acordo com o Siab – Recife /2005, estavam cadastradas na cidade, em agosto de 2005, 3.516 mulheres grávidas, com idade igual ou inferior a 20 anos. De acordo com a Súmula Estatística do Cisam, no período de um ano (fevereiro /2004 a fevereiro /2005), ocorreram, nesse serviço, 1.393 partos em mulheres com idade igual ou inferior a 20 anos (cerca de 30% dos dados cadastrados no Siab –Recife). Essa alta demanda é justificada por ser o Cisam referência nesse tipo de atendimento (UPE, 2004) (BRASIL, 2005a).

O cálculo da amostra foi baseado nos 1.393 partos ocorridos no Cisam, considerando: a) prevalência de 13,3 % para o transtorno depressivo no puerpério, de acordo com Cantilino (2003); b) um nível de confiança de 95%; c) erro máximo de 5% e; d) efeito de delineamento amostral de 1.

Adicionalmente, visando atenuar as limitações impostas por eventuais perdas na coleta da amostra, decidiu-se acrescentar em aproximadamente 10% o tamanho final da amostra, resultando em 172 indivíduos. Para esse cálculo, foi utilizada a calculadora *SAMPLE SIZE CALCULATION* (RAOSOFT, 2005).

Foram realizadas 177 entrevistas. Para determinar a amostragem, foi utilizada a técnica aleatória simples, por ocasião da consulta pós-parto, de planejamento familiar, puericultura e na sala de vacinação.

Com a utilização de sorteio, dez das entrevistas foram feitas em visitas domiciliares, realizadas junto com as agentes comunitárias de saúde (ACS), uma vez que algumas adolescentes não compareceram aos agendamentos dos serviços.

4.6 ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi realizado com o objetivo de validar o questionário e identificar a frequência das adolescentes ao serviço, até então tendo como local de coleta exclusivamente o Cisam/UPE, além de realizar possíveis ajustes no instrumento elaborado e treinar e calibrar a pesquisadora e as colaboradoras.

Os dados levantados nesse estudo piloto foram publicados pela Revista de Saúde Pública, em outubro de 2006 (ANEXO 1).

4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Por ocasião do estudo piloto, foi decidido manter os critérios colocados no projeto do estudo e acrescentar que seriam excluídos da amostra os casos de parto prematuro e abortamento. Essas situações poderiam afetar o estado emocional das entrevistadas e se tornarem viés de confusão na amostra..

Foram excluídas as adolescentes:

- com história anterior de depressão;
- com passado de sintomas psicóticos (delírios ou alucinações em algum período da vida);
- com retardo mental;
- com deficiência auditiva, que impossibilitasse a avaliação e a entrevista;
- mães de recém-nato prematuro;
- puérperas de abortamentos;

- menores de 18 anos que não viviam maritalmente com um parceiro ou que, no momento da coleta, estivessem desacompanhadas de um adulto responsável.

4.8 COLETA DE DADOS

Após a identificação da adolescente, com indicação para participar da pesquisa, era esta informada sobre o que se pretendia pesquisar e como se daria o processo.

Nos postos de saúde, as adolescentes foram entrevistadas em salas de consultas disponíveis, antes de qualquer procedimento programado, quer para a mãe adolescente ou para a criança.

Para obter informações sobre transtornos psiquiátricos vivenciados anteriormente, questionou-se sobre o uso de medicamentos controlados, medicamentos cuja caixa tinha uma faixa preta, e sobre tratamentos com psiquiatras.

Quanto a deficiências auditiva e mental, alguns casos foram facilmente identificados e outros nos foram informados pelos acompanhantes. Os demais critérios de exclusão foram obtidos mediante através de informações das entrevistadas. Registre-se que duas adolescentes recusaram-se a participar da pesquisa.

Foram aplicados: o QUESTIONÁRIO (APÊNDICE A), seguido pela ESCALA DE AVALIAÇÃO – PDSS (ANEXO 2), e, finalmente, a ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36 (ANEXO 3).

4.9 DEFINIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

-VARIÁVEL DEPENDENTE

DEPRESSÃO PÓS-PARTO – definida segundo a pontuação obtida pelas adolescentes na escala PDSS(CANTILINO,2003).Categorizada em:

- sim - quando a pontuação for igual ou superior a 102;
- não - quando a pontuação for inferior a 102.

-VARIÁVEIS INDEPENDENTES

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

IDADE – anos completos, até o momento da entrevista:

- 14 a 17;
- 18 a 20.

ESCOLARIDADE - última série escolar concluída com aprovação:

- fundamental incompleto;
- fundamental completo;
- médio completo.

OCUPAÇÃO – atividade desenvolvida que possa gerar lucro dentro do mercado de trabalho formal. Variável categorizada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL,2005 c), em:

- do lar;
- estudante;
- outros.

COM QUEM RESIDE - grupo familiar no qual a entrevistada está inserida:

- família constituída (própria)- reside com o parceiro e o (s) filho (s) ou filha(s);
- família da entrevistada - reside com parentes (pais, irmãos,tios, entre outros familiares);
- família do parceiro - reside com a família do parceiro;
- moradia com terceiros (amigos) – reside com pessoas estranhas à família da entrevistada ou à de seu parceiro.

RENDA FAMILIAR - somatório dos rendimentos auferidos, em salários mínimos recebidos, por todos os membros da família:

- até um salário mínimo;
- mais de um salário mínimo;
- não sabe informar.

VARIÁVEIS DO COMPORTAMENTO REPRODUTIVO

MENARCA- Definida como a idade da primeira menstruação:

- até 10 anos;
- mais de 10 anos.

GESTAÇÕES - número de gestações da entrevistada:

- uma;
- duas;
- três ou mais.

PARTOS - número de partos (com feto vivo):

- um;
- dois;
- três ou mais.

PRÉ-NATAL – número de consultas durante o pré-natal, na última gestação:

- zero;
- uma a três;
- quatro a seis;
- mais de seis.

TIPO DE PARTO- tipo de parto informado na Declaração de Nascido Vivo DNV, referente à última gestação:

- normal;
- cesáreo.

PESO AO NASCER - peso do recém-nascido, registrado na DNV:

- até 2.500 gramas;
- mais de 2.500 gramas.

MÉTODO CONTRACEPTIVO - tipo de método utilizado com a finalidade de evitar gravidez:

- não usa;
- preservativo masculino - *condon*;
- hormonal - uso de anticoncepcionais orais ou injetáveis;

- misto - associação do método hormonal com o uso do preservativo masculino.

VARIÁVEIS DO COMPORTAMENTO SEXUAL E SOCIAL

SEXARCA- idade da primeira relação sexual vaginal:

- 10 a 15;
- 15 ou mais.

TIPO DE RELACIONAMENTO QUE RESULTOU NA GRAVIDEZ - tipo de relacionamento existente entre a adolescente e seu parceiro no momento da concepção:

- namoro;
- casamento;
- outros.

DESEJO DE ENGRAVIDAR- vontade de ter engravidado, relacionada à última gestação:

- sim;
- não.

TIPO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA - tipo de alimento oferecido à criança:

- leite materno exclusivo
- alimentação mista - leite materno mais leite artificial
- cardápio familiar.

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS- uso de drogas consideradas prejudiciais à saúde humana do ponto de vista psíquico, causando dependência (APA, 2002):

Lícitas - as socialmente aceitas e difundidas no mercado. Uso de fumo e álcool:

- sim;
- não.

Ilícitas - as veiculadas sem o consentimento das autoridades. Uso de maconha, cocaína, crack, loló, cola de sapateiro, anorexígenos:

- sim;
- não.

VARIÁVEIS RELACIONADAS À ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA

Definidas como a pontuação obtida pelas entrevistadas nas respostas aos conceitos sobre saúde , segundo a versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 (CICONELLI, 1997). Categorizadas segundo a pontuação obtida em cada domínio, de acordo com o cálculo dos escores do referido questionário.

- capacidade funcional;
- limitação por aspectos físicos;
- dor;
- estado geral de saúde;
- vitalidade;
- aspectos sociais;
- limitação por aspectos emocionais;
- saúde mental.

4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais, análises uni e bivariada, média e desvio padrão (técnicas de estatística descritiva); utilizados os testes estatísticos: t-Student com variâncias iguais ou desiguais, teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

Os dados foram digitados na planilha *EXCEL* e o programa utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 13.

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa, foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Cisam - UPE, estando o mesmo de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos (MOLINA; MOLINA, 2003),(ANEXO 4).

As adolescentes puérperas tiveram todas as informações necessárias sobre o estudo. Aquelas que aceitaram participar e tinham idade igual ou superior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes de ser realizada a entrevista. As menores de 18 anos tiveram o referido documento assinado por um responsável (APÊNDICE C). As menores de 18 anos que viviam maritalmente puderam, com autorização do CEP, assinar o termo de consentimento.

Os casos identificados como PDSS positivo, ou seja, com ponto de corte igual ou superior a 102, foram encaminhados para avaliação nos serviços de saúde mental da rede municipal, de acordo com o distrito sanitário de sua origem.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Todas as adolescentes residiam na cidade do Recife e 57,6% tinham idade superior a 18 anos. A idade média das entrevistadas foi de 17 anos. Nenhuma adolescente referiu ser analfabeta, e 49,7% não haviam concluído o ensino fundamental.

Quanto à ocupação, 64,4% declararam-se como do lar. A referência à constituição de uma família própria foi feita por 46,3% das jovens, e 72,3% informaram que a renda familiar era de apenas um salário mínimo (TABELA 1).

TABELA 1 - Distribuição das puérperas adolescentes segundo as características sociodemográficas

VARIÁVEIS	n	%
Idade		
14 a 17	75	42,4
18 a 20	102	57,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	88	49,7
Fundamental completo	53	30,0
Médio incompleto	36	20,3
Ocupação		
Do lar	114	64,4
Estudante	46	26,0
Outros	17	9,6
Com quem reside		
Família constituída (própria)	82	46,3
Família da entrevistada	76	43,0
Família do companheiro	17	9,6
Mora com amigos	2	1,1
Renda Familiar		
Até um salário mínimo	128	72,3
Mais de um salário mínimo	36	20,3
Não sabe informar	13	7,4

5.2 DEPRESSÃO PUERPERAL

Das 177 pesquisadas, 61 (34,5%) obtiveram escores igual ou superior a 102, de acordo com a PDSS, variando de 102 (ponto de corte) a 150 pontos, com uma média de 111,7 e moda de 104 pontos. O menor escore identificado foi de 44 pontos.

5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E A PRESENÇA DA DPP

Na tabela 2, observa-se a relação das características sociodemográficas e a presença da DPP, não tendo sido identificado diferenças significantes do ponto de vista estatístico.

TABELA 2- Avaliação da DPP de acordo com características sociodemográfica

Variáveis	DPP		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim	%	n	%	n	%		
Idade								
14 a 17	22	29,3	53	70,7	75	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,218	1,00
18 a 20	39	38,2	63	61,8	102	100,0		1,49 (0,79 a 2,82)
Escolaridade								
Fundamental incompleto	34	38,6	54	61,4	88	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,452	1,26 (0,56 a 2,84)
Fundamental completo	15	28,3	38	71,7	53	100,0		0,79 (0,32 a 1,97)
Médio incompleto	12	33,3	24	66,7	36	100,0		1,00
Ocupação								
Do lar	44	38,6	70	61,4	114	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,153	3,46 (0,73 a 16,34)
Estudante	13	28,3	33	71,7	46	100,0		2,17 (0,42 a 11,14)
Outros	4	23,5	13	76,5	17	100,0		1,00
Com quem reside								
Família constituída	32	39,0	50	61,0	82	100,0	p ⁽²⁾ = 0,083	
Família da entrevistada	20	26,3	56	73,7	76	100,0		
Família do companheiro	8	47,1	9	52,9	17	100,0		
Mora com amigos	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
Renda Familiar								
Até um salário mínimo	44	34,4	84	65,6	128	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,288	1,57 (0,68 a 3,63)
Mais de um salário mínimo	9	25,0	27	75,0	36	100,0		1,00
Não sabe informar	8	61,5	5	38,5	13	100,0		

(1) teste Qui-quadrado de Pearson e (2) teste exato de Fisher.

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO REPRODUTIVO E A PRESENÇA DA DPP

Das adolescentes que referiram ter gestado por duas vezes, 46,7 % que apresentaram DPP, (p= 0,047). Esses dados encontram-se na tabela 3.

TABELA 3 - Características do comportamento reprodutivo e a presença da DPP.

Variáveis	DPP		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		n	%	n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Menarca								
Até 10 anos	6	40,0	9	60,0	15	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,637	1,30 (0,44 a 3,83)
Mais de 10 anos	55	34,0	107	66,0	162	100,0		1,00
Nº de Gestações								
Uma	36	28,8	89	71,2	125	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,018*	1,00
Duas	14	46,7	16	53,3	30	100,0		2,51 (1,10 a 5,73)
Três ou mais	11	50,0	11	50,0	22	100,0		2,69 (1,07 a 6,75)
Nº de Partos								
Um	46	32,1	97	67,9	143	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,011*	1,00
Dois	11	47,9	12	52,1	23	100,0		2,92 (1,22 a 6,99)
Três ou mais	4	36,3	7	63,7	11	100,0		3,08 (1,04 a 9,10)
Pré-natal								
Zero	3	100,0	-	-	3	100,0	P ⁽²⁾ = 0,148	**
Uma a três consultas	4	28,6	10	71,4	14	100,0		
Quatro a seis consultas	24	33,8	47	66,2	71	100,0		
Mais de seis consultas	30	33,7	59	66,3	89	100,0		
Tipo de parto								
Normal	39	31,7	84	68,3	123	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,244	1,00
Cesário	22	40,7	32	59,3	54	100,0		1,48 (0,76 a 2,87)
Peso do RN⁽²⁾								
Até 2500g	14	32,6	29	67,4	43	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,783	1,00
Mais de 2500g	46	34,8	86	65,2	132	100,0		1,11 (0,53 a 2,30)
Método contraceptivo								
Não usa	14	31,1	31	68,9	45	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,552	1,00
P. masculino	16	44,4	20	55,6	36	100,0		1,77 (0,71 a 4,41)
Hormonal	26	31,7	56	68,3	82	100,0		1,03 (0,47 a 2,25)
Misto	5	35,7	9	64,3	14	100,0		1,23 (0,35 a 4,35)

(*) Associação significativa a 5,0%.

(**) Não foi determinado devido a ocorrência de frequência nula.

(***) para duas crianças a informação não estava disponível.

(1) teste de Qui-quadrado de Pearson

(2) teste Exato de Fisher.

5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SEXUAL E SOCIAL E A PRESENÇA DA DPP

Na tabela 4, observa-se associação significativa entre o uso de drogas lícitas e ilícitas e a DPP, sendo identificado um percentual mais elevado entre as que consumiam drogas ilícitas.

Quanto ao alimentos oferecidos às crianças, houve associação, porém fracamente significativa, entre o tipo de alimento e a ocorrência da DPP ($p = 0,02$; OR: 0,81 a 3,85). Das mães que faziam aleitamento materno exclusivo, 25,8% delas estavam com DPP e 74,2% não apresentavam a doença.

TABELA 4 - Características do comportamento sexual e social e a presença da DPP

Variável	DPP		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Sim		n	%	n	%		
Sexarca								
10 a 15	42	36,8	72	63,2	114	100,0	$P^{(1)} = 0,37$	1,35 (0,70 a 2,61)
15 ou mais	19	30,2	44	69,8	63	100,0		1,00
Tipo de relacionamento que resultou na gravidez								
Namoro	26	29,6	62	70,4	88	100,0	$P^{(1)} = 0,267$	1,00
Casamento	13	34,2	25	65,8	38	100,0		
Outros	22	43,1	29	56,9	51	100,0		
Desejo de Engravidar								
Sim	13	26,5	36	73,5	49	100,0	$p^{(1)} = 0,169$	1,00
Não	48	37,5	80	62,5	128	100,0		1,66 (0,80 a 3,44)
Tipo de alimentação da criança.								
Leite materno exclusivo	24	25,8	69	74,2	93	100,0	$p^{(1)} = 0,02^*$	1,00
Alimentação mista	16	38,1	26	61,9	42	100,0		1,76 (0,81 a 3,85)
Cardápio Familiar	21	50,0	21	50,0	42	100,0		2,87 (1,34 a 6,16)
Uso de substâncias								
Psicoativas								
Drogas lícitas								
Sim	31	50,0	31	50,0	62	100,0	$p^{(1)} = 0,001^*$	2,83 (1,48 a 5,42)
Não	30	26,1	85	73,9	115	100,0		1,00
Drogas Ilícitas								
Sim	23	56,1	18	43,9	41	100,0	$p^{(1)} = 0,001^*$	3,29 (1,60 a 6,78)
Não	38	27,9	98	72,1	136	100,0		1,00

(*) Associação significativa a 5,0% e (1) - teste de Qui-quadrado de Pearson

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE A MÉDIA DOS DOMÍNIOS DA ESCALA SF-36 E A PRESENÇA DA DPP

Na Tabela 5, apresentam-se a média e o desvio padrão dos domínios do SF -36 (QV), para análise da saúde geral, segundo a presença da DPP. Destaca que, em cada grupo, as médias mais elevadas foram registradas nos domínios: capacidade funcional e aspectos sociais. A média de cada domínio foi correspondentemente mais elevada entre as mães sem DPP do que entre as mães com DPP.

As diferenças mais elevadas ocorreram para os domínios: vitalidade, saúde mental, limitação dos aspectos emocionais, aspectos sociais, capacidade funcional e estado geral de saúde. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, com exceção de limitação dos aspectos físicos, dor e limitação por aspectos emocionais.

Tabela 5 - Avaliação dos domínios da Escala SF-36, segundo a presença ou ausência da DPP

Domínios	DPP Com Média (DP⁽¹⁾)	Sem Média (DP⁽¹⁾)	Valor de p
Capacidade Funcional	81,64 (21,90)	90,01 (16,10)	t = -2,633; p ⁽²⁾ = 0,010*
Limitação dos Aspectos Físicos	38,93 (41,21)	40,96 (42,52)	t = -0,304; p ⁽³⁾ = 0,762
Dor	62,49 (25,52)	68,50 (21,55)	t = -1,654; p ⁽³⁾ = 0,100
Estado Geral de Saúde	41,25 (15,46)	48,45 (14,83)	t = -3,028; p ⁽³⁾ = 0,003*
Vitalidade	46,64 (21,58)	62,47 (19,09)	t = -5,009; p ⁽³⁾ < 0,001*
Aspectos Sociais	69,33 (27,91)	78,54 (24,89)	t = -2,244; p ⁽³⁾ = 0,033*
Limitação dos Aspectos Emocionais	18,02 (31,37)	27,88 (41,91)	t = -1,762 ; p ⁽²⁾ = 0,080
Saúde Mental	49,84 (20,43)	61,79 (20,36)	t = -3,707; p ⁽³⁾ < 0,001*

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – DP = Desvio Padrão.

(2) – teste t-Student com variâncias desiguais.

(3) – teste t-Student com variâncias iguais.

DISCUSSÃO



6 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo nacional sobre DPP exclusivamente entre adolescentes, cujo resultado apresentou uma prevalência de 34,5%, percentual de prevalência maior do que os referidos em quatro estudos brasileiros realizados na última década (SILVA et al., 1998; SANTOS, MARTINS, PASQUALI, 1999; CANTILINO, 2003; MORAES et al., 2006).

No Brasil, de acordo com Justo e Calil (2006), a prevalência situa-se entre 12% e 19,1%, em estudos cuja a faixa etária varia entre mulheres adultas e adolescentes. Silva et al. (1998), na validação da *Edinburg Post-natal Depression Scale* (EPDS) avaliaram 21 mulheres com idade média de 21 anos e encontraram uma prevalência de 12% para a DPP. Santos, Martins e Pasquali (1999), estudando 69 mulheres com idade média de 28 anos, obtiveram uma prevalência de 13,4%, empregando também a escala EPDS.

Cantilino (2003) encontrou uma prevalência de 13,3% para DPP em mulheres com idade entre 15 e 45 anos, atendidas em serviços hospitalares, consultórios e ambulatórios de assistência básica, da cidade do Recife-PE. Foi utilizado como escala de rastreamento a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS).

Em Pelotas – RS, foi identificada uma prevalência de 19,1% para a DPP, entre mulheres de 20 a 29 anos, utilizando-se a escala de depressão de Hamilton (MORAES et al., 2006).

Entretanto, Cruz, Simões e Curry (2005) utilizando a EPDS em 70 puérperas com faixa etária de 15 a 43 anos, atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF) em São Paulo, encontrou uma prevalência de 37,1%, um percentual bem maior aos até então encontrados para a DPP no Brasil e o que mais se aproximou do encontrado nesta pesquisa.

Importa ressaltar que a amostra de Cruz, Simões e Curry (2005), assim como a nossa, foi captada em Unidades de Saúde da Família, cujas usuárias têm como características o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade. As condições acima citadas são fatores de risco para a DPP (FIGUEIREDO, 2000; MORAES et al., 2006).

Pesquisas internacionais apontam para uma prevalência de 10% a 20% de DPP na população geral de mulheres, não especificando a faixa etária das avaliadas (STEINER;

YONKERS; SOARES, 2001; LATORRE-LATORRE; CONTRERAS-PEZZOTTI; HERRAN-FALLA, 2006).

Estudos sobre a DPP na adolescência só foram encontrados em pesquisas internacionais, não havendo dados nacionais sobre o tema. De Rosa e Logdson (2006), em estudo canadense, relataram que 47% das adolescentes experimentam sintomas de depressão no período pós-parto. Já Figueiredo (2000), em Portugal, descreve a prevalência de 26% a 68% a partir da análise de trabalhos realizados entre os anos de 1961 a 1975. Assim, verifica-se que a prevalência de DPP na adolescência é mais alta que nas mulheres adultas.

No presente estudo, a média de idade das adolescentes entrevistadas foi de 17 anos. Jovens com idade inferior a 14 anos, quando abordadas, encontravam-se dentro dos critérios de exclusão, por isso não foram estudadas.

Foi utilizada a escala PDSS, que parece ser o instrumento mais adequado a esse tipo estudo, além do fato de ter sido aplicado em uma amostra com características culturais e sociais semelhantes às de sua validação, ocorrida no nordeste do Brasil (CANTILINO, 2003).

Uma das dificuldades na coleta de dados foi quanto à aplicação de mais de um instrumento de avaliação (questionário, PDSS, SF-36) para cada entrevistada. As adolescentes parecem não ter “paciência” para ouvir todas as explicações necessárias, demonstrando, por vezes cansaço e dispersão: pediam para ir ao banheiro, beber água, ou lembravam que tinham que falar sobre determinado assunto com alguém que estava fora da sala. Esse fato ocorreu principalmente entre as mais jovens.

Não foram investigadas as situações familiares que pudessem ajudar na identificação de conflitos com a gravidez precoce, provavelmente um fator desencadeante da DPP. A literatura tem ressaltado que a boa qualidade das relações afetivas e familiares é um fator é um fator protetor da gravidez adolescente (FIGUEIREDO, 2000; SCHWENGBERI; PICCININI, 2005). Também não foram investigadas as histórias pessoais de transtornos gineco-obstétricos como abortos, história de trabalho de parto prolongado em outras gestações, natimorto, etc.

Ainda como limitação do estudo, não foi feita avaliação do histórico familiar de transtornos do humor, um aspecto que poderia nos ajudar a associar os fatores genéticos

como predisponentes para a DPP. No entanto, sabemos que essas informações não seriam fidedignas, devido às situações de subdiagnóstico dos transtornos depressivos (PETRIBÚ; SANTANA, 2007), além do fato de que a faixa etária estudada não permitiria um relato preciso do histórico médico familiar.

Uma outra importante limitação desse estudo reside no fato de que as adolescentes que obtiveram escores igual ou superior a 102 na aplicação da escala PDSS deveriam ter sido analisadas, após a confirmação da PDSS *positivo*, por um profissional que as avaliasse de acordo com os critérios da CID-10 ou do DSM-IV-TR (CANTILINO, 2003).

Apesar de a PDSS ser uma escala de triagem, não se propõe a ser instrumento de diagnóstico quando aplicado isoladamente. Todas as avaliadas positivamente para DPP foram encaminhadas para as unidades de referência em saúde mental do município e nenhuma retornou para confirmar se foi ou não avaliada.

As visitas domiciliares merecem um destaque especial. No ambiente familiar, as jovens estavam mais descontraídas. As realidades de suas vidas estavam bem estampadas nos seus comportamentos. Ao contrário do que supúnhamos, não houve comprometimento com os serviços domésticos, porquanto foram colocados como parte do cenário das vidas das entrevistadas. Houve, portanto, a oportunidade de conhecermos a realidade da vida dessas pessoas.

Cumprindo, aqui, mencionarmos a influência do ambiente. Koga et al. (2006) relataram que as usuárias, nos atendimentos de rotina ambulatorial, tentam não admitir que estão vivenciando sentimentos de dor psíquica. Receiam o preconceito, o medo de serem estigmatizadas como portadoras de uma “doença mental”. Sofrem e desconhecem o motivo das suas dores, somatizam, procuram ajuda e, às vezes, são mal diagnosticadas e tratadas de maneira equivocada. Com efeito, uma das dificuldades que os profissionais de saúde encontram para diagnosticar a DPP é a dificuldade que algumas mulheres apresentam em revelar seus sintomas (MOTA, 2005).

Já a baixa escolaridade associada ao baixo poder aquisitivo foi um fator observado na amostra. Um número elevado de adolescentes (65,5%) vivia com renda familiar inferior a um salário mínimo e 61,4% tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Esse somatório resulta na desqualificação das pessoas para o trabalho, no baixo

poder de barganha pessoal e, conseqüentemente, na exclusão social. Cabe refletir sobre o quanto a baixa escolaridade é responsável por essa gravidez precoce e se acarreta evasão escolar (MENEZES, 2002).

Para Falcão e Salomão (2005), o abandono escolar, por parte das adolescentes em sua pesquisa, parecia estar relacionado aos significados socioculturais, vinculados ao próprio exercício da maternidade, ou determinado pela avó da criança: *“Ela vai ter que sair do colégio, ela estuda à tarde aí não tem quem fique com o menino”* (avó); *“ontem eu disse: você vai ter que escolher, ou toma conta da menina ou estuda”*.

De acordo com Ludemir e Melo Filho (2002), a escolaridade, em condição muito baixa, proporciona sentimentos de inferioridade e situações de estresse, ao contrário da educação, que tem efeito direto na saúde mental, pois aumenta as possibilidades de escolhas na vida e influencia aspirações, auto-estima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis.

Como pode ser observado na Tabela 3, houve associação significativa entre a DPP e o número de gestações e partos. Foi observado que as adolescentes primíparas apresentaram menos depressão que as multíparas. Na tentativa de minimizar danos para a díade mãe/ filho(a), deve ser considerando que as intervenções precoces nessa fase são importantes (MARQUES, 2003). Assim sendo, sugerimos a utilização da escala PDSS em gestantes adolescentes com história de partos anteriores.

Botega (2006) também alerta para a necessidade dessa avaliação no pré-natal. Em um estudo que avaliou uma amostra de 120 adolescentes grávidas em Campinas- São Paulo, encontrou uma considerável incidência de depressão, ansiedade e ideação suicida (23%, 21% e 16%, respectivamente).

Em uma pesquisa realizada na Faculdade de Saúde de Santander, em Bucaramanga – Colômbia, foi encontrado uma prevalência de 15% para DPP entre mulheres adolescentes e adultas, de acordo com os critérios do DSM-IV. Os autores consideraram que essa prevalência estava muito baixa, para a realidade em que viviam, e concluíram que os serviços de saúde deviam ser organizados para identificar mais casos de DPP entre as puérperas (LATORRE-LATORRE; CONTRERAS-PEZZOTTI; HERRAN-FALLA, 2006).

Em relação ao tipo de alimento oferecido à criança, apenas 25,8% das portadoras da DPP faziam aleitamento materno com exclusividade. Já 74,2% das adolescentes não deprimidas ofereciam leite materno aos seus filhos. Como se verifica na Tabela 4, esse dado foi estatisticamente significativo.

Embora seja do conhecimento comum que as adolescentes em geral amamentam com menor frequência (FIGUEIREDO, 2000), não foram encontrados trabalhos na literatura sobre a prevalência da amamentação entre as mulheres deprimidas (Bechara, 2007, comunicação pessoal). Vale salientar, também, sobre os resultados encontrados nessa pesquisa, relativo às adolescentes não portadoras da DPP, que estas amamentavam três vezes mais que as portadoras da referida doença.

Ainda na Tabela 4, verificou-se que 88,1% das crianças de mães deprimidas já tinham na sua alimentação as substituições ou as inclusões do leite artificial e de outros alimentos do cardápio familiar. Maldonado (1991) alerta para a importância da amamentação, referindo que o primeiro evento social e talvez o mais crítico da vida de uma criança, ocorre com a interação entre mãe e filho, na situação de alimentação.

De acordo com Horta; Victora et al (2007), em estudo de coorte com 446 mães adolescentes que amamentavam, foi identificado que a duração da amamentação é discretamente maior entre as crianças cujas mães foram amamentadas.

Almeida (2002) refere que, ao contrário do reflexo da produção do leite, a ejeção apresenta um componente psicológico maior que o somático, e pode ser reprimido pela ação da adrenalina, sendo capaz de sofrer a influência dos níveis de estresse físico ou psíquico. Nesse caso, a DPP poderia estar influenciando a menor frequência do aleitamento exclusivo entre as avaliadas.

Carvalhães e Benício (2002), apesar de não quantificarem a amamentação entre as portadoras da DPP, relatam que esse transtorno gera interferências no aleitamento e nos cuidados de puericultura (higiene, imunização, etc.).

Nesse mesmo nível de reflexão, Motta (2005), que também não quantificou a DPP materna, relata que seus efeitos no desenvolvimento, tanto neurobiológico quanto psicológico, terão repercussões que merecem ser investigados durante todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

As avaliações no pré e pós-parto devem permitir o acompanhamento cuidadoso de mães adolescentes e seus filhos, já que esses últimos poderão ser vitimados, no caso da DPP. Quadros depressivos graves podem impor, inclusive, o afastamento da mãe da responsabilidade pelo cuidado com a criança (GRILLO; SILVA, 2004).

Ao que parece, a situação evidenciada nesse estudo é semelhante à citada anteriormente por Latorre-Latorre; Contreras-Pezzotti; Herran-Falla (2006), pois as puérperas entrevistadas, embora estivessem sendo assistidas por profissionais de saúde, assim como seus filhos, não haviam passado por nenhuma triagem específica para investigação da DPP. A nossa amostra se constituiu de adolescentes atendidas nos setores de atenção pós-parto, planejamento familiar e puericultura e 34,5%, apresentavam sinais positivos para a referida doença, encontrando-se sem diagnóstico.

A DPP apareceu em maior frequência entre as usuárias de drogas lícitas e ilícitas (sendo aqui incluído o uso de anorexígenos), onde se comprovou associação significativa nos dois tipos de drogas, como pode ser observado na Tabela 4.

Bilyk et al (2004) sinalizam para a comorbidade entre a utilização de substâncias psicoativas e os transtornos de humor. Figueiredo (2000), por sua vez, associa o uso de drogas às perturbações de conduta, complicações obstétricas e aos cuidados neonatais inadequados.

No que se refere à QV, a escala SF-36, apesar de não ser específica para avaliar a DPP em adolescentes, foi utilizada nesse trabalho, uma vez que não existem instrumentos específicos para avaliação dessa faixa etária. É mundialmente a mais usada para avaliar QV em todas as idades (COPPINI; JORGE, 2006).

A SF-36 é um questionário para avaliações genéricas, que avalia as condições gerais de saúde da pessoa. De acordo com a tabela 5, as adolescentes consideradas como PDSS positivas (deprimidas) apresentaram médias inferiores em todas os domínios da SF-36 em relação às não deprimidas. No entanto, foi encontrada diferença significativa entre o grupo com DPP e o grupo sem DPP em cinco domínios, a saber: capacidade funcional; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais e saúde mental.

Rojas et al. (2006) avaliaram a QV de 159 mulheres com DPP, na faixa de 16 a 43 anos, e observaram que os domínios mais comprometidos foram: limitações por aspectos emocionais, limitação por aspectos físicos e vitalidade. As menores médias do

SF-36 foram, nesse estudo, também a limitação por aspectos emocionais, seguida pela limitação por aspectos físicos.

Da Costa et al. (2006) avaliaram também, através da SF-36, a QV de 93 mulheres com idade média de 33,7 anos e com DPP. Identificaram que cinco dos oitos domínios do instrumento estavam comprometidos: limitação por aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais, saúde mental, aspectos sociais, vitalidade. Entre as primíparas essas limitações eram maiores, quando comparadas com as múltíparas. Esses resultados são bastante semelhantes aos aqui encontrados.

Esses dados nos levam a concluir que a DPP está associada com um comprometimento importante nas atividades da vida diária, que inclui os relacionamentos e o pleno exercício da função materna, com repercussões importantes no desenvolvimento da criança, opinião já aventada por Rojas et al.(2006) e Da Costa et al. (2006).

A alta prevalência de DPP encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento. Os sintomas de depressão na adolescência são geralmente mascarados por problemas físicos e queixas somáticas que parecem não ter relação com as emoções (CURATOLO; BRASIL, 2005). É comum que esses sintomas sejam interpretados como “crise da adolescência normal”. Entretanto, se a vida familiar, social e escolar estiverem afetadas, merecem uma avaliação por um profissional de saúde (BILYK et al, 2004).

As vivências de exclusão social e a ausência de políticas públicas favorecem a gravidez em idade tão precoce, contribuindo para que o sentimento de menor valia, os pensamentos de rejeição, a imaturidade para a vida e para a maternidade possam vir a constituir um terreno fértil para o transtorno depressivo (MENEZES, 2002). Para tanto, as escalas de avaliação são úteis, de fácil aplicação e eficientes para o rastreamento dessas jovens.

Sendo assim, reforça-se a relevância desse estudo, pois permite que os profissionais da saúde tornem-se capazes de identificar, intervir e encaminhar, quando necessário, os possíveis casos de DPP. Além do que, contribui para estimular outros estudos sobre uma patologia ainda tão pouco pesquisada no nosso meio (BARBOSA et al., 2006).

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos para o presente estudo, pode-se concluir que:

- foi identificada uma prevalência de 34,5% de adolescentes com DPP;
- o maior número de gestações e de partos, o uso de drogas lícitas e ilícitas, e o tipo de alimento oferecido a criança, mostraram associação significativa com a DPP;
- o comprometimento dos domínios do SF-36 (capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental) apresentou associação significativa com a DPP.

RECOMENDAÇÕES

8 RECOMENDAÇÕES

A partir da alta prevalência encontrada nesse estudo, recomendamos:

- capacitação de profissionais da rede básica de saúde para a aplicação da escala de avaliação PDSS nas adolescentes grávidas como triagem para à DPP, sendo essa uma medida de prevenção;
- pesquisas que permitam identificar fatores associados a DPP em adolescentes de todas as classes sociais;
- estudos que investiguem a relação mais profunda entre o aleitamento materno exclusivo e a DPP;
- elaboração de questionários de avaliação da QV, adaptados à criança e ao adolescente.

REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **DSM-IV-TR** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ALMEIDA, J. A. G. A rede sociobiológica: desenhada pelo leite humana. In:_____. **Amamentação , um híbrido natureza- cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz,. Cap. 3, p.55-88. 2002.120 pags.

BARBOSA, E. M. S et al. Depressão pós-parto na adolescência : um problema relevante? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.5, p. 935-7, 2006.

BARBOSA, E. M. S. et al. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília. v.1, p.112-118. 2000.

BILYK, B. F. et al. **A Saúde mental do jovem brasileiro**. São Paulo: Inteligentes, 2004. 176 pags.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo. A rede sócio-familiar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.422-427, maio/jun.2006.

BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral : interconsulta e emergência**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 572 pags.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de Informação da Assistência Básica – SIAB**. Brasília, 2005a. Disponível em: www.saude.pe.gov/siab. Acesso em: 10 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes . Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Promoção da Saúde. **Carta de Otawa - Canadá, Brasil**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/aids entre Mulheres**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Diretoria de Pesquisa Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 17. Rio de Janeiro, 2005c.

BUSS, P. M. Health promotion and quality of life. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 12 maio 2006.

CALIL, M. H.; PIRES, M. L. N. Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n.5, P.240-245. 2001

CANTILINO, A. **Tradução para o Português e Estudo de Validação da PDSS Postpart- Depression Screening Scale**. 2003.106 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

CARVALHÃES, M. A. B.L.; BENICIO, M. H. A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.2, p. 188-97, 2002.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e Validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”**. 1997. 120f.Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

COPPINI, P.; JORGE, M.R. Qualidade de vida e transtornos mentais graves. In: _____ DINIZ, D.P.; SCHOR, N. (Coord). **Guia de qualidade de vida. Barueri**: São Paulo: Ed. Manole, Cap. 7, p.65-78. 2006. 221 pags.

CRUZ, E. B. S. et al. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.** São Paulo, n. 27, p. 181-8. 2005.

CURATOLO, E.; BRASIL, H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v.54, n.3, p.170-176, 2005.

DA COSTA, D. et al. Health- related quality of life in postpartum depressed women. **Arch Women Ment Health**. EUA, n.9, p.95-102. 2006.

DEMÉTRIO, F. N.; DIAS, R. S. Depressão em ginecologia e obstetrícia. **Revista Comorbidade em Foco**, São Paulo, v.1.p. 3-11, 2003.

DE ROSA, N.; LOGDSON, M.C. A Comparison of Screening Instruments for Depression in Postpartum Adolescents. **JCAPN**, Canadá, v.19, n.1, p. 13-20, 2006.

FIGUEIREDO, B. Maternidade na Adolescência: Conseqüências e Trajetórias Desenvolvidas. **Análise Psicológica**. Porto, v.4, n.8, p. 485-498, 2000.

FALCÃO, D.V.S.; SALOMÃO, N.M.R. O papel das avós na maternidade adolescente. **Estud. Psicol.** (Campinas), v 1. p 205-212. 2005.

FLECK, M. P. A. et al . Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, 1999.

FOUCALT, M. **História da sexualidade** – a vontade de saber. São Paulo: Ed.Graal, 2005. 152 pags.

FRÁGUAS, R.;FIGUEIRÓ, J.A B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas.** 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2000. 640 pags.

GARFINKEL, B. D.; CARLSON, A.G.; WELLER, E. B.**Transtornos Psiquiátricos na Infância e na Adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.475 pags.

GRILLO, E.; SILVA, R. J. Manifestações Precoces dos Transtornos de comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.2, p21-27, 2004.

GUIMARÃES, A. M.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.239-8, maio/jun. 2003.

HORTA, B.; L, VICTORA, C.G. et al. Duração da amamentação em duas gerações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.13-18. 2007.

JUSTO, L P.; CALIL, H.M. Depressão: O mesmo acometimento para homens e para mulheres? **Revista Psiquiatria Clínica.** São Paulo, v 33, n. 2, p. 74-9. 2006.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication..**JAMA.** USA, v.289, n.23, p.3095-105, 2003.

KUCZYNSKI, E. Qualidade de vida na infância e adolescência. In :____ASSUMPÇÃO JR., F.B.; KUCZYNSKI, E. (Edts.) **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. p.625-32. 813 pags.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Opinião da equipe e usuários sobre a atenção em saúde mental num programa de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.163-169. 2006.

LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000. 271 pags.

LATORRE-LATORRE, J. F.; CONTRERAS-PEZZOTTI, L. M.; HERRAN-FALLA, O.F. Postnatal depresión in a colombia city, risk factors. **Aten. Primaria**, Bucaramanga, v.37, n.6, p. 332- 338. 2006.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.1.1999.

LOGSDON, M.C et al. Postpartum depression and social support in adolescents. **J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v.34, n.1, p. 46-54, jan./fev. 2005.

LUDEMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associados aos T.M.C. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.2, p. 213-21, 2002.

MARQUES, C. Depressão materna e representações mentais. **Análise Psicológica**, v.1, n.21, p. 85-94, 2003.

MALDONADO, M. T. P.Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In:_____. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. Rio Janeiro. Ed.Vozes,. cap 1, p.13-100.1991. 163 pags.

MENEZES, W. N. A. **O Real e o simbólico na exclusão social: A Barriga cresceu...Adeus Meninas!** João Pessoa. Ed. Idéia, 2002. 120 pags.

MICHELAZZO, D. et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **RBGO**, São Paulo, v. 28, n.8, p.201-216, 2004.

MOLINA, A.; MOLINA, A. E. **Preparando um projeto de pesquisa: iniciação em pesquisa científica**. Recife: EDUPE, 2003. 127 pags.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p.65-70, 2006.

MOTTA, G. et al. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 165-76. 2005.

NARDI, A.E.; VERAS, A.B. Female sexual hormones and mood disorders. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n.1, p.57-68, 2005.

O' HARA, M. W.; NEUMABER, D. J.; ZWKOSKI, E. M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. **J. Abnorm Psychol.**, USA, v. 93, n.2, p. 158-71, 1984.

O'HARA, M.W. The nature of postpartum depression. In : COOPER, P. MURRAY,L. **Postpartum depression and child development**. N. York, USA. Guilford publications. Cap I, p.03-31.1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID. 10**. Descrição clínica e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Ed. Artmed. 2007. 352 pags.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, p. 335-43, 2003.

PETTRIBÚ, K. C. L. SANTANA, J. ;. Depressão na Prática Clínica. No prelo.
In: _____Filgueira NA, Costa Jr JI, Leitão CCS, Lucena VG, Melo HRL, Brito CAA.. (Org.). **Condutas em Clínica Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RAOSOFT CALCULATOR SIMPLE SIZE. USA, 2004. Disponível em :
<http://www.raosoft.com/samplesize.html> > Acesso em: 17ago. 2005.

ROJAS,G.et al. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. **Rev. Med. Chile**, La Paz-Chile, v. 13, p.713-720, 2006.

ROQUAYROL, M. Z. **Desenhos de pesquisa em epidemiologia**:
In:_____Epidemiologia e Saúde. 5ªed. Rio de Janeiro: Ed. Medsi. 1999. 570 pags.

SANTOS, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, v..1, p..223-229.2000.

SANTOS, M. F. S; MARTINS, F .C; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n.2, p56-64. 1999.

SCHWENGBERI, D. D. S.; PICCININI, C. A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estud. Psicol.** (Campinas), v.1, n.6, p.201-206, abr./jun. 2005.

_____. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. Psicol.** (Natal), v.8, n.3, p. 403-11, set./dez. 2003.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON A. C. L. Quality of life and health: conceptual and metodological issues. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar./apr. 2004.

SILVA, D. V.; SALOMÃO, N.M.R. A maternidade na perspectiva de adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estud.Psicol.** (Campinas), v .1.p 135-145, 2003.

SILVA, M.C.F. **Depressão: pontos de vista e conhecimentos do enfermeiro da rede básica de saúde**. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SILVA,V. A et al. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v.31, n.6, p. 799-804, 1998.

SOUZA, C.A. et al. A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. **Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia**. P. Alegre, v- 17. n-1. p. 38-47. 1997.

STEINER, M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, supl. 2, p.41-42. 2005.

STEINER, M.; YONKERS, K.; SOARES, C. N. **Depressão em mulheres - Transtornos de humor associados ao ciclo reprodutivo**. 2. ed. atual. amp. São Paulo: Lemos, 2001.

SUKHAMANI, K. et al. Transtorno Bipolar na Infância e na Adolescência. In:_____ LAFER, B. (org). **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Ed.Artmed, 2000. 271 pags.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. , p.153-162. 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.864 pags.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros. **Súmula estatística do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM**. Recife, 2004.

VITALE, M.G. et al. Assessment of quality of life in adolescent patients with orthopaedic problems: are adult measures appropriate? **J Pediatr. Orthop.** USA. V.21,n.5, p.622-8, 2001.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Postpartum depression: we know the risks,can it be prevented? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, sup. 2, p. 56-64, . 2005.

ZUCCHI, M. **Estranhas entranhas: psicanálise e depressão na gravidez**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Centro de Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

- 1- O Formato da referência bibliográfica dessa dissertação, segui as normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas .ABNT- NBR 14724. Valida a partir de 30,01,2006.
- 2- A estrutura dos elementos textuais dessa dissertação, segue as normas estabelecidas pela ABNT-.1 4724. 2005.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO 1

(PARA AS MAIORES DE 18 ANOS)

Estudo do Transtorno depressivo em puérperas adolescentes.

Eu, _____, abaixo-assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntária do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores:-EDILENE MARIA DA SILVA BARBOSA,-----
-----, membros da Universidade de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo da pesquisa é avaliar a ocorrência do Transtorno Depressivo no puerpério de adolescentes;
- 2) Durante o estudo responderei à entrevista que será feita pelos pesquisadores;
- 3) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4) Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, se assim desejar e, por qualquer motivo; e estou ciente de que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto ao meu atendimento;
- 5) Todas as medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade e a privacidade de meus dados pessoais, e os resultados gerais obtidos através dos mesmos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos;

- 6) Poderei entrar em contato com membros da equipe da pesquisa no telefone - 32682129 e com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Amaury de Medeiros CISAM, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone - 34267206, o qual tomará as medidas cabíveis.

Recife, ____ de _____ de 2006.

(Assinatura do Voluntário)

RG

(Assinatura do Pesquisador)

R.G.

(Assinatura do Pesquisador)

R.G.

(Assinatura do Pesquisador)

R.G.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO 2

(PARA AS MENORES DE 18 ANOS)

Estudo do Transtorno depressivo em puérperas adolescentes.

Eu, _____, abaixo-assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para que _____, menor sob a minha responsabilidade, participe como voluntária do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores:-EDILENE MARIA DA SILVA BARBOSA,-----
-----, membros da Universidade de Pernambuco.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 7) O objetivo da pesquisa é avaliar a ocorrência do Transtorno Depressivo no puerpério de adolescentes;
- 8) Durante o estudo, a menor sob minha responsabilidade responderá a entrevista que será feita pelos pesquisadores;
- 9) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação da menor sob minha responsabilidade, na referida pesquisa;
- 10) Estou livre para interromper a qualquer momento essa participação na pesquisa, se assim desejar e, por qualquer motivo, e estou ciente de que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto ao atendimento no serviço de saúde CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS;
- 11) Todas as medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados pessoais, e os resultados gerais obtidos através dos mesmos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto

acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos;

- 12) Poderei entrar em contato com membros da equipe da pesquisa no telefone - 32682129 e com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Amaury de Medeiros CISAM, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone - 34267206, o qual tomará as medidas cabíveis.

Recife, ____ de _____ de 2006.

(Assinatura do Responsável)

RG

(Assinatura do Pesquisador)

R.G.

(Assinatura do Pesquisador)

R.G.

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO N° _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1- IDADE DA ENTREVISTADA _____**
- 2- IDADE DO PARCEIRO _____**
- 3- PATERNIDADE ASSUMIDA**
(1) SIM (2) NÃO
- 4- RELIGIÃO**
(1) CATÓLICA (2) EVANGÉLICA (3) ESPIRITA (4) OUTRAS
- 5- COR (AUTO DECLARADA)**
(1) BRANCA (2) PARDA (3) PRETA
- 6- RENDA FAMILIAR**
(1) – 1 SM (2) 1 SM (3) 2 SM (4) NÃO SABE INFORMAR
- 7- LOCAL ONDE RESIDE . _____**
- 8- ESCOLARIDADE : (ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA COM APROVAÇÃO)**
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (1)
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (2)
ENSINO MÉDIO COMPLETO (3)
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (4)
ENSINO SUPERIOR COMPLETO (5)
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (6)
- 9- OCUPAÇÃO _____**
(1) DO LAR (2) ESTUDANTE (3) OUTRAS

GINECO/OBSTÉTRICOS

10- IDADE DA MENARCA _____

11- IDADE DA SEXARCA _____

12- N° DE PARCEIROS SEXUAIS (DURANTE A VIDA) _____

13- N° DE GESTAS _____

14- N° DE PARTOS _____

15- N° DE ABORTAMENTOS _____

16- USO DE MÉTODOS CONTACEPTIVOS

(1)SIM QUAL (IS) ? _____

(2) NÃO

17-INICIO DO PRÉ-NATAL

(1) 1° TRIMESTRE (2) 2° TRIMESTRE (3) 3° TRIMESTRE (4) NÃO FEZ
P.N.

18-FREQÜÊNCIA AO PRÉ-NATAL

(1) NENHUMA CONSULTA (2) 1 Á 3 CONSULTAS

(3) 4 a 6 CONSULTAS (4) + DE 6 CONSULTAS

19- DESFECHO DA GRAVIDEZ

(1) PN (2) PC

20- MATURIDADE FETAL

(1) RN A TERMO (2) RN PRÉ- TERMO

21-PESO DO RN AO NASCER _____

22- ALIMENTAÇÃO OFERECIDA À CRIANÇA

(1) LEITE MATERNO EXCLUSIVO

(2) ALIMENTAÇÃO MISTA (LEITE MATERNO + LEITE ARTIFICIAL)

(3) CARDÁPIO FAMILIAR (OUTROS ALIMENTOS)

OUTROS DADOS**23- COM QUEM RESIDE _____**

- (1) FAMILIA CONSTITUIDA (COM O PARCEIRO E FILHO(S))
- (2) FAMILIA DA ENTREVISTADA
- (3) FAMILIA DO COMPANHEIRO
- (4) MORADIA COM TERCEIROS (AMIGOS E COLEGAS)

24- DESEJO DE ENGRAVIDAR

- (1) SIM (2) NAO

25- TIPO DE RELACIONAMENTO QUE RESULTOU NA GRAVIDEZ

- (1) NAMORO (2) CASAMENTO (3) OUTROS.

26- USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**LÍCITAS (1) SIM QUAL ? _____**

- (2) NÃO

ILÍCITAS (1) SIM QUAL ? _____

- (2) NAO

ATENÇÃO - INCLUIR ANOREXÍGENOS, COMO ILÍCITAS,

- (1)SIM (2) NÃO.

ANEXO 1 CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO CEP

Nº do protocolo : CISAM / 143/05

Data de distribuição : 30/11/2005

Título do projeto: Estudo do transtorno depressivo no puerpério de adolescentes

Pesquisador principal: Edilene Maria da Silva Barbosa

Principal Análise:

Trata-se de estudo de corte transversal, bem delineado com metodologia adequada aos objetivos. O TCLE está claro e bem redigido, obedecendo as normas do CNS 196/96 e posteriores.

Parecer final do CEP/CISAM:

APROVADO

Recife, 06 de dezembro de 2005

Maria Luiza Menezes
Coordenadora do CEP/CISAM

Dr.ª M.ª Luiza B. Menezes
CRM - 8576

ANEXO 2 PDSS

ESCALA PARA RASTRAMENTO DE DEPRESSÃO POS- PARTO

Instução

Abaixo ha um lista dizendo como uma mae pode estar se sentindo apos o nascimento do seu bebe. Por favor indique o quanto voce concorda ou discorda de cada frase. Ao terminar de ler cada frase , circule a resposta que melhor descreve como voce se sentiu durante as duas ultimjkas semanas.

Nas duas ultimas semanas eu.....

	Concordo Totalmente				
	Concordo				
	Nem discordo nem concordo				
	Discordo				
	Discordo totalmente				
	1	2	3	4	5
1. tive dificuldade para dormir mesmo quando meu bebê estava dormindo	1	2	3	4	5
2. me senti completamente só	1	2	3	4	5
3. chorei muito por nenhum motivo	1	2	3	4	5
4. não consegui me concentrar em nada	1	2	3	4	5
5. não soube mais quem eu era	1	2	3	4	5
6. me senti um fracasso como mãe	1	2	3	4	5
7. comecei a pensar que seria melhor se estivesse morta	1	2	3	4	5
8. perdi meu apetite	1	2	3	4	5
9. me senti realmente oprimida	1	2	3	4	5
10. estava com medo de nunca ser feliz de novo	1	2	3	4	5
11. senti que estava perdendo meu juízo	1	2	3	4	5
12. senti como se eu estivesse me tornado uma estranha em relação a mim mesma	1	2	3	4	5
13. achei que muitas mães fossem melhores do que eu	1	2	3	4	5
14. tenho pensado que a morte seria a única saída desse pesadelo	1	2	3	4	5
15. me acordei espontaneamente no meio da noite e tive dificuldade para voltar a dormir	1	2	3	4	5
16. me senti assustada	1	2	3	4	5
17. senti como se minhas emoções estivessem numa montanha russa	1	2	3	4	5
18. senti como se estivesse ficando louca	1	2	3	4	5
19. tive medo de nunca mais voltar a ser como eu era antes	1	2	3	4	5
20. me senti culpada porque eu não pude sentir tanto amor pelo meu bebê quanto eu deveria	1	2	3	4	5

(continua na próxima página...)

	Concordo Totalmente				
	Concordo				
	Não discordo nem concordo				
	Discordo				
	Discordo totalmente				
	1	2	3	4	5
21. quis me machucar	1	2	3	4	5
22. rolava na cama por muito tempo a noite tentando pegar no sono	1	2	3	4	5
23. fiquei ansiosa mesmo com as menores coisas que tinham a ver com o meu bebê	1	2	3	4	5
24. tenho andado muito irritada	1	2	3	4	5
25. tive dificuldade para tomar até mesmo uma decisão simples	1	2	3	4	5
26. senti como se eu não fosse normal	1	2	3	4	5
27. senti como se tivesse que esconder o que eu estava pensando ou sentindo em relação ao bebê	1	2	3	4	5
28. senti que o meu bebê estaria melhor sem mim	1	2	3	4	5
29. sabia que deveria me alimentar mas não consegui	1	2	3	4	5
30. não consegui ficar quieta	1	2	3	4	5
31. senti muita raiva a ponto de explodir	1	2	3	4	5
32. tive dificuldade em me concentrar numa tarefa	1	2	3	4	5
33. senti que não existia	1	2	3	4	5
34. senti como se não fosse a mãe que gostaria de ser	1	2	3	4	5
35. só queria sumir	1	2	3	4	5

ANEXO 3 SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante?

Is postpartum depression in adolescents an issue of concern?

Recife, 12 de setembro de 2006

Prezado editor,

O artigo de Moraes et al¹ (2006) sobre depressão pós-parto (DPP), publicado na Revista de Saúde Pública, é de um valor irrefutável, principalmente por ser o primeiro de base populacional realizado no País que analisou uma amostra numericamente tão significativa (n=401). No entanto, algumas considerações metodológicas merecem ser discutidas. A escala de avaliação utilizada para o diagnóstico de DPP, a Hamilton (HAM-D), não foi apropriada. A HAM-D é um instrumento diagnóstico amplamente utilizado na psiquiatria, mas foi elaborada para avaliar e quantificar a sintomatologia depressiva em portadores de transtornos do humor. Não é recomendada para outro tipo de paciente, nem para pessoas normais e não constitui instrumento diagnóstico para identificação de depressão.²

Escala mais apropriadas já são disponíveis no Brasil, validadas e específicas para o diagnóstico da DPP, o exemplo da *Edinburgh Postnatal Depression Scale*³ (EPDC) e da *Postpartum Depression Screening Scale*² (PDSS), citadas pelos autores. As escalas utilizadas para depressão geral têm limitações importantes quanto à capacidade de detectar sintomas depressivos em mulheres no pós-parto. Um dos pontos de debate envolvendo o uso desses instrumentos é a inclusão de sintomas que são considerados reações fisiológicas normais do puerpério, como fadiga e distúrbios do sono, e a exclusão de outros importantes para o diagnóstico da DPP (como sentimentos ambivalentes em relação à criança e de opressão pela responsabilidade de cuidar, dificuldade em revelar seus sintomas por receio de serem estigmatizadas, entre outros).

Não há trabalhos no Brasil que avaliem a DPP na adolescência. Moraes et al¹ afirmam que as precárias condições socioeconômicas e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento da depressão no puerpério. Considerando a gravidez na adolescência como um problema de caráter social, partindo do pressuposto de que a gravidez nesta fase é mais freqüente nas classes menos favorecidas e encarada, na maioria das vezes, como inoportuna, com conseqüências biológicas, psicológicas e sociais negativas, é relevante se investigar se as adolescentes estão mais predispostas a apresentar DPP. Entretanto, é importante frisar que, apesar de a maioria dos estudos apontar o fato de que a gravidez na adolescência ocorre sem o planejamento prévio, numa etapa de aprendizagem da sexualidade, como fruto de relacionamentos afetivos instáveis, nem sempre ela é indesejada. Muitos rapazes associam a paternidade a uma melhoria do status social, por meio da qual passam a ser mais respeitados pela sua masculinidade; e, as moças associam a maternidade ao seu "projeto" de realização pessoal.¹

No mestrado em Hebriatria da Universidade de Pernambuco está sendo realizada a coleta de dados de uma dissertação cujo objetivo é avaliar a ocorrência de DPP em puérperas adolescentes da rede pública de saúde da cidade do Recife, PE. Foram avaliadas, até o momento, 50 adolescentes entre o segundo e o sexto mês do puerpério, tendo sido encontrada a prevalência de 30% (por meio da PDSS). A idade média foi 17,4 anos (14 a 19 anos).

Moraes et al¹ (2006) alertam para a relevância da DPP como problema de saúde pública e enfatizam a necessidade de estratégias de prevenção e tratamento. As puérperas são examinadas por seus obstetras ou clínicos gerais em consultas focadas na recuperação física após o parto e, quando apresentam de-

pressão, muitas vezes não são adequadamente diagnosticadas. O subdiagnóstico da DPP é muito mais grave quando ocorre na adolescente, por ser a gravidez na adolescência de alto risco tanto do ponto de vista obstétrico, quanto neonatal e alvo de peculiaridades.

Assim sendo, propomos a PDSS como escala de triagem a ser utilizada por profissionais de saúde da rede básica de assistência ao adolescente. É uma escala facilmente aplicável e fornece condições para que os profissionais de saúde que prestam assistência ao adolescente tornem-se capazes de identificar, intervir e se, necessário, encaminhar os casos de depressão pós-parto em adolescentes

para a assistência de profissionais de saúde mental.

Edilene Maria da Silva Barbosa

*Mariana da Cruz Silva**

*Michele Ribeiro da Silva**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
Universidade de Pernambuco. Recife, PE

*Maria Cristina Montenegro**

Kátia Petribú

Faculdade de Ciências Médicas
Universidade de Pernambuco. Recife, PE

REFERÊNCIAS

1. Barbosa EMS, Silva KVP, Petribú K, Frota MLM. O perfil VCSA. Comportamento sexual e reprodutivo em adolescentes brasileiros: análise das variáveis adotadas nas pesquisas científicas. *Rev Bras Saúde Materno-Infantil*. [No prelo]
2. Cantilino A. Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
3. Moraes IGS, Pinheiro RI, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Pública*. 2006;40:65-70.
4. Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MAORS). *Rev Psiquiatr Clin*. 1990;25(5):1-17.
5. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW, editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 97-101.

Resposta do autor

Pelotas, 19 de setembro de 2006

Prezado editor,

Gostariamos, em primeiro momento, de agradecer a avaliação positiva feita ao nosso trabalho¹ pela equipe da Universidade de Pernambuco em Carta ao Editor enviada à esta prestigiosa revista.

Especificamente em relação à questão levantada na mesma carta, sobre a escolha da escala de avaliação

de depressão utilizada no estudo, existem dois pontos que devem ser destacados: 1) a PDSS ainda não havia sido validada durante a realização do trabalho (que aconteceu em 2000 e a validação² só foi feita em 2003); e 2) a EPDS, no momento do trabalho, contava apenas com uma validação³ recente, em uma população de classe média.

A respeito das limitações da Hamilton Depression Scale (HAM-D), julgamos pertinente salientar que se trata de uma escala desenvolvida há mais de 40 anos que ainda mantém sua posição de escala administrada por pesquisadores mais usada mundialmente.⁴ A sua escolha para a investigação aconteceu pela ampla utilização em pesquisa para o estabelecimento de

*Estudantes de graduação.

critérios clínicos de inclusão, medidas de evolução ou de recuperação de um episódio depressivo.⁷ Além disso, o fato de a HAM-D ser aplicada por um avaliador treinado permite uma avaliação mais acurada do quadro depressivo. De fato, como sugere a carta enviada, a inclusão de sintomas somáticos na escala poderia aumentar a presença de falsos positivos. Porém, acreditamos que o treino do avaliador e a utilização do Manual Estruturado para Entrevista HAM-D⁴ (que padronizou as indagações) protegeram o estudo desse tipo de viés.

Dentro da mesma temática do estudo anterior, nosso grupo atualmente desenvolve um novo trabalho (estudo de coorte) que avalia, entre outras variáveis, a depressão na gestação de alto-risco e no pós-parto. Nessa amostra estão incluídas, de acordo com os critérios de classificação para gestação de alto risco do Ministério da Saúde, todas as mães adolescentes atendidas nos ambulatórios de referência para atendimento da gestação de alto risco da cidade de Pelotas no período de julho a outubro de 2006.

Neste estudo utilizamos as escalas EPDS,⁶ *Hospital Anxiety and Depression Scale*² (HAD) e um modelo de entrevista clínica proposto no *Mini International Neuropsychiatric Interview*¹ (MINI). Esta metodologia nos permitirá aferir com melhor precisão os quadros depressivos, as co-morbidades e a história psiquiátrica, além de fornecer uma comparação dos resultados antes e depois do parto. A simples escolha

do EPDS ou PDSS poderia minimizar a possível dúvida teórica sobre a utilização do HAM-D. Entretanto, não dirimiria a dúvida a respeito do diagnóstico e de eventuais co-morbidades presentes.

De qualquer maneira, gostaríamos mais uma vez de agradecer a contribuição trazida ao nosso estudo pela questão levantada pelo grupo de colegas da Universidade de Pernambuco, assim como lhes dar nossos parabéns pelo trabalho com puérperas adolescentes, um tema onde toda produção realizada é de extrema relevância.

Inácia Gomes da Silva Moraes

Augusto Duarte Faria

Escola de Psicologia

Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS

Ricardo Tavares Pinheiro

Ricardo Azevedo da Silva

Paulo Luis Rosa Sousa

Programa de Pós-Graduação em Saúde e

Comportamento

Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS

Bernardo Lessa Horta

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS

REFERÊNCIAS

1. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106-15.
2. Botega NJ, Bio MC, Zomignani MA, Garcia Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermária de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29:355-63.
3. Cantilino A. Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
4. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006;40:65-70.
5. Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):1-17.
6. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW, editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Leões Editorial; 2000. p. 97-101.
7. Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry*. 1993;163:283-98.
8. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:742-3.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)