

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS PARTO EM MÃES ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

PREVALENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENT MOTHERS: A SYSTEMATIC REVIEW

Giovana da Rosa Trindade¹

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) em mães adolescentes é um problema de saúde pública global, associado a impactos negativos na saúde mental materna. Este estudo revisa evidências recentes sobre prevalência, fatores de risco e estratégias diagnósticas da DPP neste grupo, com ênfase nos fatores de risco, contextos socioculturais e metodologias diagnósticas. Baseado em 18 estudos publicados entre 2014 e 2024, utilizando a abordagem PRISMA para selecionar estes artigos. Os dados mostraram prevalências entre 6,08% a 65,6%, com variações amplas que dependem do contexto geográfico, socioeconômico e do período avaliado. Fatores de risco identificados incluíram condições socioeconômicas desfavoráveis, isolamento social, baixa autoestima e experiências traumáticas. Adolescentes enfrentam desafios adicionais devido à imaturidade emocional, gravidez não planejada e falta de suporte social. Diferenças metodológicas entre os estudos, como variações nos instrumentos de avaliação, limitaram comparações diretas mas enfatizaram a multiplicidade da DPP. Os estudos em países desenvolvidos geralmente reportaram prevalências mais baixas em comparação com nações em desenvolvimento, sugerindo impacto dos determinantes sociais na saúde mental materna. Além disso, a pandemia de COVID-19 intensificou fatores de risco em algumas populações. Conclui-se que a DPP em adolescentes é influenciada por múltiplos fatores biopsicossociais. Estratégias de intervenção e prevenção devem considerar as vulnerabilidades dessa faixa etária, especialmente em contextos desfavorecidos, para promover saúde mental materna e bem-estar familiar.

Palavras-chave: depressão pós parto; mães adolescentes; prevalência; fatores de risco; puerpério.

RESUME

Postpartum depression (PPD) in adolescent mothers is a global public health issue, associated with negative impacts on maternal mental health. This study reviews recent evidence on the prevalence, risk factors, and diagnostic strategies of PPD in this group, with an emphasis on risk factors, sociocultural contexts, and diagnostic methodologies. Based on 18 studies published between 2014 and 2024, using the PRISMA approach to select these articles. Data revealed prevalences ranging from 6.08% to 65.6%, with wide variations depending on the geographic and socioeconomic context, and the time period evaluated. Identified risk factors included unfavorable socioeconomic conditions, social isolation, low self-esteem, and traumatic experiences. Adolescents face additional challenges due to emotional immaturity, unintended pregnancy, and lack of social support. Methodological differences between studies, such as variations in assessment tools, limited direct comparisons but highlighted the multiplicity of PPD. Studies in developed countries generally reported lower prevalences compared to those in developing nations, suggesting the impact of social determinants on maternal mental health. Additionally, the COVID-19 pandemic intensified risk factors in some populations. It is concluded that PPD in adolescents is influenced by multiple

¹ Discente do Curso de Psicologia da Universidade La Salle - Unilasalle, matriculado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação do Prof. Dr. Gibson Juliano Weydmann. E-mail: giovana.201810121@unilasalle.edu.br. Data de entrega: 03/12/2024.

biopsychosocial factors. Intervention and prevention strategies should consider the vulnerabilities of this age group, especially in disadvantaged contexts, to promote maternal mental health and family well-being.

Keywords: postpartum depression; adolescent mothers; prevalence; risk factors; puerperium.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Conjuntamente, consta que cerca de 21 milhões de meninas com idade entre 15 e 19 anos, residentes de países em desenvolvimento, engravidam a cada ano, sendo que dentre as gestações aproximadamente metade não são desejadas (WHO, 2024). A literatura sobre gravidez na adolescência sugere que as condições que levam a gravidez na são diversas, mas é possível destacar como principais causas os fatores sociodemográficos, situação educacional dos adolescentes, escolaridade dos pais e não conhecimento de saúde sexual (MOURA, et al. 2021).

A gravidez precoce acarreta diversas complicações físicas e mentais, sendo que as taxas de morbimortalidade são elevadas e chegam a 70 mil mortes de adolescentes por problemas na gravidez ou no parto (FEBRASGO, 2021). Conforme destacado por Gaete (2015), as fases da adolescência, independente da possibilidade de gestação, podem gerar situações diversas que impactam diretamente no desenvolvimento, como flutuações rápidas e abrangentes de humor e comportamento, falta de controle de impulsos e necessidade de gratificação e privacidade imediatas. Também é possível observar tensões familiares, exploração dos papéis de gênero e a predominância da busca e da descarga de impulsos sexuais.

Isto posto, a depressão pós parto (DPP) pode agravar ainda mais o período de obstáculos da adolescência. A DPP tem as mesmas características nosológicas do Transtorno Depressivo Maior sendo um especificador com início no periparto ou após 4 semanas do parto (APA, 2023). Os episódios de humor podem se apresentar com ou sem características psicóticas. É preciso destacar que, mudanças repentinas de humor que não causam prejuízo, são breves, não são consideradas transtornos mentais, podem ocorrer no puerpério devido às mudanças fisiológicas, essa condição é nomeada “*maternity blues*” (APA, 2023).

Conforme Sunde e Gonçalves (2022) os fatores de risco da fase da adolescência, acrescentados aos da gravidez, propiciam situações que podem gerar ansiedade e depressão. Alinhado a isso, o estudo relata que a DPP oscila, podendo ser entre 15 a 36% mais alta em

mães adolescentes do que entre mães adultas e adolescentes fora do ciclo grávido-puerperal. Ademais, as mães adolescentes também podem experimentar outras problemáticas, como isolamento social, ser mãe solteira, conflito familiar, baixa autoestima, primiparidade e insatisfação corporal, que intensifica o risco da psicopatologia além prejudicar a relação mãe-bebê (Putri, et al. 2023).

Visando esclarecer os fatores de risco, as principais medidas de DPP e a prevalência deste quadro na adolescência, este estudo revisa evidências recentes com ênfase na estratificação de informações relevantes contidas em estudos realizados no mundo nos últimos 10 anos. A discussão dos resultados visou elucidar medidas, variáveis de estudo em potencial e confundidores que podem influenciar no mapeamento de DPP na população adolescente.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática seguindo o método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al. 2020). As buscas foram feitas nas bases de dados PubMed, PsycNet, EBSCO e EBSCO (CINAHL) no período de setembro a outubro de 2024. É relevante ressaltar que foi utilizado de forma adicional a base de dados secundária do EBSCO denominada CINAHL, que indexa literatura de enfermagem e saúde, considerando que poderia gerar resultados pertinentes a esta revisão. Posto isso, foi utilizado os descritores: (“adolescence” OR “adolescent” OR “teen” OR “teens” OR “teenager” OR “teenagers”) AND (“Teenage Pregnancy” OR “Teen Pregnancy” OR “Teen Pregnancies” OR “Adolescent Pregnancy” OR “Adolescent Pregnancies” OR “pregnancy”) AND (“Postpartum Depression” OR “Post-Natal Depression” OR “Post Natal Depression” OR “Post Partum Depression” OR “Postnatal Depression” OR “Post Partum Dysphoria” OR “Post-Natal Dysphoria” OR “Post Natal Dysphoria” OR “Postnatal Dysphoria” OR “perinatal depression”). Os termos foram escolhidos com base em uma busca inicial utilizando os Medical Search Terms (MeSH) denotados no PubMed.

Os critérios de inclusão foram definidos como estudos publicados entre 2014 a 2024 em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, somente com seres humanos, com idade materna entre 12 e 19 anos. Além disso, priorizou-se estudos que incluíssem filhos nativos e mulheres puérperas ou gestantes com acompanhamento após o parto. De forma complementar, os critérios de exclusão foram definidos como: estudos com mães que possuem diagnóstico psiquiátrico de transtorno bipolar, espectro esquizofrenia ou uso de substâncias, estudos com díade mãe-bebê, prole ou pais, artigos de revisão, teóricos ou

capítulos de livro e estudos onde o dado de prevalência advinha após intervenção para a DPP, considerando a intervenção pode alterar a prevalência real de DPP. Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos foram definidos apoiado na necessidade de minimizar possíveis fatores de confusão que poderiam influenciar a análise dos resultados sobre a prevalência de DPP em adolescentes. Estudos com natimortos também foram excluídos, pois a perda gestacional pode ter encadeamentos emocionais e psicossociais distintos daquelas associadas ao pós-parto com filhos nativos, podendo impactar de maneira singular o risco de depressão.

Quanto à idade, a faixa etária de 12 a 18 anos foi escolhida em conformidade com a definição legal de adolescência no ECA, enquanto a inclusão de mães de até 19 anos se justifica pelo fato de que, em alguns casos, a gestação pode ter se iniciado aos 18 anos, permitindo assim uma análise mais abrangente das mães adolescentes (BRASIL, 1990). No que tange a escolha do período perinatal, se deve ao fato de que as alterações hormonais e emocionais mais pronunciadas ocorrem no período pós parto, aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos depressivos, especialmente em adolescentes, que podem estar mais suscetíveis a essa condição devido a fatores biopsicossociais (Graziottin et. al., 2024; Sunde e Gonçalves, 2022). Por último, a exclusão de estudos que envolvem díades, prole ou pais está alinhado com intuito de focar exclusivamente na saúde mental das mães adolescentes, uma vez que a interação com outros membros da família, como parceiros ou filhos, pode introduzir variáveis que influenciam de forma diversa a experiência da DPP, podendo distorcer os resultados relacionados à condição da mãe.

O procedimento de seleção e coleta de dados se deu a partir da busca e importação dos resultados de cada base de dados à uma planilha contendo título e resumo. Seguindo a sugestão do PRISMA (Page et al. 2020), a apuração dos artigos foi feita por pares, com os autores do presente estudo revisando cada um dos artigos selecionados. Artigos com opiniões discordantes entre os autores foram lidos em conjunto visando entrar em consenso no processo de seleção. A imputação dos dados foi realizada priorizando informações sobre prevalência de DPP.

No presente estudo, a prevalência de DPP considerada refere-se a dados de estudos que reportaram a condição em amostras de mães adolescentes sem a interferência de intervenções específicas para o tratamento da depressão. Ou seja, foram incluídos apenas estudos que apresentaram dados sobre a prevalência da DPP em adolescentes, em sua forma natural, antes de qualquer tipo de intervenção clínica, como tratamento medicamentoso ou psicoterapêutica. Além disso, os estudos selecionados apresentaram resultados separando

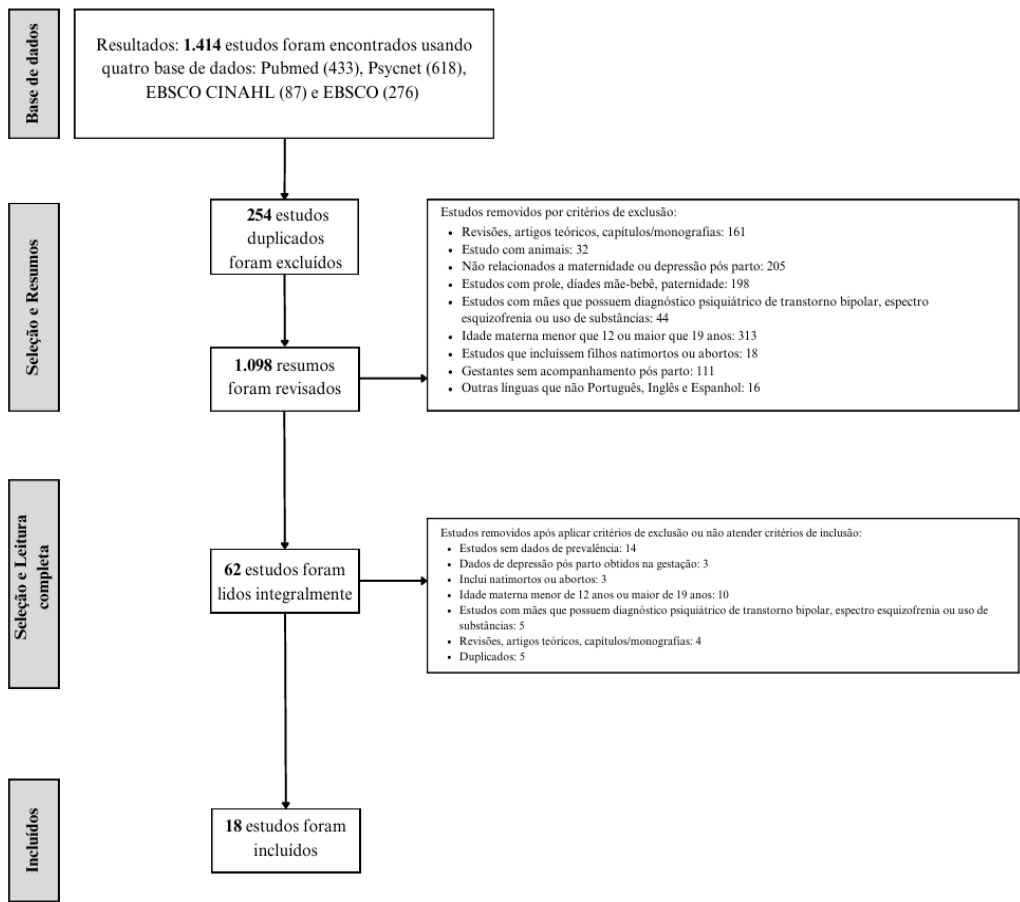
claramente as amostras de adolescentes, permitindo uma análise focada nas características desse grupo etário.

Tendo isso em vista, a descrição de DPP nesta revisão foi definida com base em critérios diagnósticos legitimados, como o DSM-5 (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) ou CID-11 (Classificação Internacional de Doenças, Décima Primeira Revisão), utilizados para identificar a presença de sintomas característicos da condição no período pós-parto (APA, 2023; WHO, 2022). Assim sendo, para garantir a precisão na investigação da prevalência, foram priorizados estudos que utilizaram escalas ou instrumentos estruturados com alta validade diagnóstica, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Cox et al., 1987). Estas ferramentas possibilitam uma avaliação mais fidedigna, reduzindo o risco de viés. Em contrapartida, estudos qualitativos, que dependem de entrevistas ou opiniões subjetivas para o diagnóstico, foram excluídos, uma vez que sua validade para determinar a prevalência de um estado clínico é limitada. Ao final, a escolha dos estudos visa garantir que os dados utilizados para a análise da prevalência da DPP em adolescentes sejam baseados em diagnósticos válidos, fornecendo uma estimativa mais congruente dos dados obtidos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o processo de busca, foram encontrados 1.414 artigos: 433 no Pubmed, 618 no PsycNet, 87 no EBSCO (CINAHL) e 276 no EBSCO. A Figura 1 mostra o fluxograma para cada etapa realizada. 254 estudos duplicados foram excluídos antes da leitura dos resumos e 5 duplicatas adicionais foram encontradas posteriormente. 1098 resumos foram lidos, dos quais, a maioria foram excluídos pelos critérios definidos previamente. Destes se sobressaem os estudos fora da idade materna definida ($n = 313$), uma vez que há divergência na literatura sobre a definição de faixa etária dos adolescentes. Salvo os artigos excluídos pelos critérios, também foi necessário remover os estudos que não expressavam estar relacionados a maternidade ou a DPP ($n = 205$).

Figura 1 — Fluxograma com análise dos artigos encontrados na revisão.



Fonte: Autoria própria (2024).

Após a aplicação dos critérios de exclusão e atendendo os critérios de inclusão pela leitura dos resumos, 62 artigos foram lidos de forma integral e, por fim, 18 estudos atenderam aos critérios e incorporaram esta revisão. Deste modo, todos os resultados são apresentados na Tabela 1. Os tópicos seguintes exploram os resultados distintos nas colunas da tabela mencionada, dados estes que são considerados relevantes para análise da prevalência da DPP.

Tabela 1 — Fluxograma com análise dos artigos encontrados na revisão.

Autores	País	N (Amostra ou Grupos)	Instrumento	Prevalência	Período pós parto	Fator de Risco em Potencial
Anderson and Perez (2015)	EUA	44	EPDS	16,7%	72 horas	Experiências de vida traumáticas passadas
Anderson & Rahn (2016)	EUA	240	EPDS	32,10%	72 horas	Étnico-racial (mães negras e hispânicas tiveram escores mais altos que caucasianas), complicações do bebê, avaliação do nascimento e experiência(s) traumática(s) passada(s).
Anderson and Connolly (2018)	EUA	72 horas = 280 3 meses = 69 6 a 9 meses = 115	EPDS	24,9% 24,6% 20%	72 horas 3 meses 6 a 9 meses	Idade gestacional precoce, estressores e violência pré-existentes ou relacionados ao parto
Anderson and Ruiz (2022)	EUA	173	EPDS	26,60%	Dentro de 9 meses	Depressão pré natal
Anderson (2023)	EUA	72 horas = 282 3 meses = 69 6 a 9 meses = 116	EPDS	29,4% 24,6% 22,6%	72 horas 3 meses 6 a 9 meses	Adolescente brancas apresentaram mais frequentemente sintomas depressivos no pós-parto prolongado e adolescentes negras tiveram escores mais altos no pós parto imediato do que os outros grupos étnicos do estudo.
Diniz et al. (2017)	Brasil	35	EPDS	61,0% 33,3% 48,5%	3 meses 6 meses 12 meses	—
Gebrekrastos et al. (2023)	África do Sul	90	EPDS	65,6% 46,7%	1 dia a 4 semanas 6 a 9 semanas	Violência por parceiro íntimo durante a gravidez
Haley et al. (2021)	Peru	789	PHQ-9	10,30%	Até 72 horas	Histórico de disfunção domiciliar na infância (uso de substâncias no domicílio, doença mental no domicílio, encarceramento de um membro do domicílio e testemunhar violência contra a mãe)
Hipwell et al. (2016)	EUA	188	EPDS	7,40%	2 a 10 meses	Ansiedade e depressão pré natal
Jeon et al. (2024)	EUA	6434	CCS	6,08%	Dentro de 1 ano	Menor idade materna, viver em área urbana e histórico de depressão e ansiedade.
Kassa et al. (2023)	Etiópia	374	EPDS	37,40%	Dentro de 6 semanas	Insegurança alimentar domiciliar, baixa autoestima, baixo conhecimento sobre complicações pós-parto e trabalho em ocupações agrícolas e ocupações profissionais/técnicas.
Lara et al. (2017)	México	120	CES-D	33,3%	Dentro de 6 meses	Baixa percepção da autoeficácia materna

Mbawa et al. (2018)	Zimbabwe	40	EPDS	30%	—	Gravidez não planejada, depressão pré natal, falta de informação sobre concepção, resposta social negativa sobre a gravidez, não morar com ambos os pais durante a infância, relação negativa com responsáveis durante a infância, não ser casada, engravidar para casar, primeiro coito não consensual, medo de engravidar, falta de apoio financeiro do parceiro e abandono do genitor.
Mohammad et al. (2021)	Jordânia	200	EPDS	28,50%	6 a 8 semanas	Maior apoio social, estresse parental, baixa autoeficácia, conflito conjugal e problemas financeiros.
Patiño et al. (2024)	México	Antes da pandemia COVID-19 = 41 Durante a pandemia COVID-19 = 41	EPDS	26,8% 68,35%	2 a 9 meses, antes da pandemia COVID-19 2 a 9 meses, durante a pandemia COVID-19	Pertencer ao grupo AM-DP (durante a pandemia), ter menor eficácia materna, menor autoestima e maior insatisfação com o apoio social geral, também com seus parceiros e família, e apresentar depressão e ansiedade durante a gravidez
Phipps et al. (2020)	EUA	232	KID-SCID	12% 14%	6 meses 12 meses	—
Samankasikorn et al. (2016)	EUA	149	EPDS	Estudo não teve nenhuma mãe com diagnóstico de depressão pós parto com base no EPDS	3 meses	—
Venkatesh et al. (2014)	EUA	3 meses = 96 6 meses = 97	KID-SCID	11,5% 12,4%	3 meses 6 meses	—

Nota: N: amostra total ou amostra por grupo. CCS: Clinical Classification Software; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; KID-SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses; PHQ-9: The Patient Health Questionnaire; CES-D: Center for Epidemiological Studies - Depression Scale.

Fonte: Autoria própria (2024).

3.1. Países dos estudos

Observando os países de origem dos artigos pode-se notar uma interação entre fatores socioculturais e socioeconômicos que delineiam os padrões de prevalência. Na Tabela 1, que apresenta os dados dos estudos selecionados, é notável uma maior publicação nos Estados Unidos (EUA), sendo que dos 18 artigos incluídos, 10 foram conduzidos nos EUA, representando pouco mais de 50% da amostra de estudos. Esse predomínio pode indicar um maior investimento em pesquisa ou prioridade em saúde mental materna no país. Além dos EUA, foram incluídos estudos do Brasil, África do Sul, Peru, Etiópia, México, Zimbábue e Jordânia. A inclusão de pesquisas de diferentes continentes é um elemento positivo, pois colabora para um entendimento mais abrangente do fenômeno da DPP em adolescentes. No entanto, a quantidade de estudos por país ainda é desigual e pode transparecer resultados genéricos, que podem não representar o cenário global.

Estudos realizados em países da África, como Etiópia, Zimbábue e África do Sul, apresentaram algumas das maiores prevalências de DPP, com taxas chegando a 65,6% na África do Sul (Gebrekristos et al., 2023). Contudo é preciso levar em consideração que o continente africano é extenso em território e diversificado culturalmente. De acordo com Tembo (2023), as experiências, crenças compartilhadas, atitudes e normas afetam a forma como os indivíduos experimentam distúrbios de saúde mental. Tendo isso em vista, em uma revisão sistemática com estudos realizados exclusivamente na África, foi encontrado que 1 em cada 5 mulheres podem experimentar a DPP (Dadi et al., 2020). Embora este estudo compreenda a população geral, ele destaca fatores como idade jovem e gravidez não planejada como possíveis determinantes para o desenvolvimento da DPP. Adicionalmente, apesar da Jordânia ser um país do continente asiático, compartilha de algumas características demográficas e culturais com o continente africano, o que explica a similaridade com o estudo citado anteriormente, tendo uma prevalência de 28,50% (Mohammad et al., 2021).

Países desenvolvidos, como os Estados Unidos, encontraram prevalências menores que variaram entre 6,08% (Jeon et al., 2024) e 32,1% (Anderson & Rahn, 2016). Essa discrepância destaca a relevância dos determinantes sociais da saúde no risco de DPP, reforçando a necessidade de abordagens locais e globalmente coordenadas para enfrentar essas desigualdades, conforme discutido por Lara et al. (2017) e Haley et al. (2021).

A América Latina, aqui representada por quatro estudos realizados no, Brasil, no México e no Peru, parece possuir uma alta variabilidade nas taxas de DPP, as quais oscilaram entre 10,30% e 68,35%. A prevalência variável pode ser decorrente de desigualdades

relevantes que são observadas nestes países, com destaque para condicionantes de risco como baixa autoeficácia materna, insatisfação corporal e conflitos conjugais. Para além dos condicionantes individuais, Patiño et al. (2024) sugerem que adversidades socioeconômicas e sanitárias também aumentam os impactos psicológicos na maternidade adolescente. No Brasil, por exemplo, o estudo encontrado indica taxas de prevalência que variam entre 33,3% e 61%, dependendo do período pós-parto analisado (Diniz et al., 2017). Outros países da América Latina, como México e Peru, também apresentam números preocupantes de DPP sendo 33,3% (Lara et al., 2017) e 10,3% (Haley et al., 2021), respectivamente. Esses números, ainda que heterogêneos, parecem mais altos do que os encontrados em países desenvolvidos.

É importante destacar que cada um desses países entende a adolescência de uma forma específica e algumas culturas possuem estigmas sobre gravidez imatura e transtornos mentais. Na Jordânia, um país árabe e conservador, em 2015 a proporção de meninas casadas entre 15 a 18 anos era de 18%, isso devido a tradição e fatores econômicos (Al-Kloub et al., 2018). Aliado a isso, Al-Kloub e colegas apontam que a expectativa geral para a adolescente recém-casada é cumprir papéis e responsabilidades tradicionais para as mulheres adultas, inclusive a gravidez, que é considerada como planejada nesses casos. Em contrapartida, países ocidentais tendem a aceitar a maternidade fora do casamento; ainda que nos EUA, por exemplo, as desigualdades raciais e socioeconômicas afetam adolescentes grávidas e grupos minoritários defrontam-se com acesso limitado a suporte social e saúde mental, conforme destacado pelos estudos de Anderson & Rahn (2016) e Anderson (2023).

3.2. Tamanho da amostra

A análise das amostras ou grupos dos artigos que contemplam esta revisão revela um cenário com variações significativas, impactando diretamente a interpretação dos resultados. Essa variabilidade ocorre desde pequenos grupos, como 35 participantes no estudo de Diniz et al. (2017) no Brasil, até grandes populações, como 6.434 participantes no estudo de Jeon et al. (2024) nos EUA.

Maiores amostras, como aquelas observadas nos estudos de Jeon et al. (2024) nos Estados Unidos (N = 6.434), Haley et al. (2021) no Peru (N = 789) e Kassa et al. (2023) na Etiópia (N = 374) tem o benefício de proporcionar resultados com maior robustez estatística. Os estudos de Anderson e Perez (2015), Diniz et al. (2017), Mbawa et al. (2018) e Patiño et al. (2024), com amostras em torno de 40 participantes, correm risco de apresentar resultados enviesados. Apesar disso, as amostras com quantias amostrais em torno de 200 pessoas,

apesar de ser um número moderado, inclinam-se a capturar dados com mais detalhes característicos da região, cultura ou temporalidade. Cabe destacar, no entanto, que o tamanho da amostra importa tanto quanto a amostragem e seleção dos participantes. O estudo de Samankasikorn et al. (2016) nos EUA (N = 149), por exemplo, aponta um dado incoerente com as demais pesquisas encontradas na presente revisão. Dentro da amostra do estudo não houve nenhuma mãe com diagnóstico de DPP com base no instrumento EPDS. De acordo com os autores, os adolescentes foram recrutados por Agentes Comunitários de Saúde que receberam encaminhamento de conselheiros do ensino médio, profissionais de saúde ou auto-encaminhados pelo adolescente ou sua família (Samankasikorn et al., 2016). Esse método de amostragem pode ter gerado um viés nos resultados do estudo.

A representatividade é, então, um desafio durante a seleção dos participantes. A maioria das pesquisas concentra-se em áreas urbanas ou hospitais de referência, o que pode aumentar a prevalência ou excluir populações rurais e indígenas que enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde e recursos psicológicos (Lima et al., 2022). No Brasil, por exemplo, as prevalências de DPP variaram significativamente dependendo da localização geográfica e do contexto socioeconômico, como em Vitória, onde a prevalência foi de 39,4%, e em Caxias do Sul, onde foi de apenas 8,9% (Silva, s. d.). Tais discrepâncias destacam a importância de incluir amostras mais diversificadas para capturar a complexidade dos fatores de risco e de proteção associados à DPP.

3.3. Instrumentos

Os 18 artigos incluídos nesta revisão utilizaram cinco diferentes instrumentos para avaliar a DPP, refletindo a diversidade de abordagens diagnósticas e as variações na precisão dos resultados. Subsequentemente, será explorado cada uma das ferramentas diagnósticas utilizadas pelos autores, com objetivo de compreender os resultados encontrados.

O instrumento mais recorrente nos estudos foi a EPDS, aparecendo em 13 dos 18 estudos revisados. Trata-se de uma escala de autorrelato de 10 itens para rastrear a depressão pós-parto desenvolvida no Reino Unido por Cox et al. (1987), cada item podendo ser respondido por uma classificação de 0 a 3. Atualmente, a EPDS está disponível em mais de 50 idiomas. Referente ao seu ponto de corte, ou seja, a pontuação necessária para refletir um diagnóstico de depressão clínica, o escore pode ser acima de 12 ou 13 pontos, com um escore máximo de 30 (Ezirim, et al., 2021). Quanto à sensibilidade e especificidade desta escala, o autor Maurer et al. (2018) relata valores de 80% e 90%, respectivamente, sendo considerada

mais precisa na identificação de mulheres com e sem DPP. Ainda assim, sua natureza de autoavaliação pode ter viés, principalmente em populações com baixa escolaridade ou populações vulneráveis, acentuado pela falta de suporte de profissionais de saúde (Schardosim e Heldt, 2011).

A utilização do EPDS em adolescentes apresenta desafios característicos. De acordo com Venkatesh et. al. (2013), enquanto a sensibilidade da escala em adolescentes é acima de 85%, a especificidade tende a ser mais baixa, variando de 70% a 78%, dependendo do contexto cultural e do ponto de corte utilizado. Isso pode levar a um maior número de falsos positivos, especialmente porque sintomas como flutuações emocionais e ansiedade, comuns na adolescência, podem ser confundidos com depressão. Além disso, o estigma e a hesitação em relatar sintomas psicológicos, comum entre os adolescentes, também são limitações ao rastrear através do relato autorreferente.

O PHQ-9, desenvolvido por Robert L. Spitzer e parceiros, também é amplamente traduzido e adaptado. Utilizado no estudo de Haley et al. (2021) no Peru, é uma ferramenta baseada nos critérios do DSM para transtorno depressivo maior, com 9 itens com escala Likert de 0 a 3 que avaliam a frequência de sintomas nas últimas duas semanas. Ele é amplamente validado em contextos clínicos e considerado prático, mas seu uso é mais comum fora do ciclo perinatal e possui sensibilidade e especificidade com boa qualidade diagnóstica em adolescentes conforme evidenciado por Allgaier et al. (2012). Ainda assim, trata-se de uma ferramenta que conta com o autorrelato, ou seja, pode compartilhar das mesmas limitações da EPDS.

A KID-SCID foi aplicada em dois estudos dos EUA (Phipps et al., 2020; Venkatesh et al., 2014) e é utilizada para diagnosticar transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes com base nos critérios do DSM-IV. Assim como o PHQ-9, esta ferramenta não é de uso exclusivo do ciclo perinatal, porém, como os critérios diagnósticos são os mesmos para o transtorno depressivo maior e a DPP, sua utilização é justificada. Este instrumento é considerado um padrão-ouro para diagnósticos psiquiátricos, incluindo a depressão, e por ser um método baseado em entrevista clínica estruturada, oferece alta validade diagnóstica se executado corretamente (Roelofs et al., 2014). Sendo assim, sua limitação está na aplicação, devido ser mais demorada e requer entrevistadores treinados, podendo reduzir sua utilização em grandes amostras ou em estudos com pouco financiamento.

A CES-D, empregada no estudo de Lara et al. (2017) no México, é uma escala de 20 itens que avalia a frequência de sintomas depressivos nas últimas semanas, utilizando uma escala Likert de 0 a 3 para cada item, o que permite uma pontuação total de 60 sendo 16 o

ponto de corte mais comum. De acordo com a revisão realizada por Park e Kwon (2023), o CES-D é uma ferramenta disponível e valiosa para o rastreamento da depressão em crianças e adolescentes. Embora amplamente utilizada na pesquisa populacional, não foi encontrada literatura validando a CES-D para DPP e como se trata de uma escala sintomática que não se refere a nenhuma teoria específica da depressão, tende a remeter para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas (Lourenço, 2012), o que pode levar a diagnósticos menos precisos em contextos perinatais.

A CCS, utilizada pelo autor Jeon et al. (2024) é usada para agrupar diagnósticos e procedimentos de pacientes em categorias amplas, o que está de acordo com a amostra (N = 6434) deste estudo em questão. Foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality e está alinhado à Classificação Internacional de Doenças (CID). Este agrupamento facilita análises em grandes conjuntos de dados hospitalares e administrativos. Isso permite que formuladores de políticas, planos de saúde e pesquisadores analisem custos, resultados e utilização associados a uma doença ou procedimento específico (Definitive Healthcare, 2024). Apesar da sua utilidade para estudos epidemiológicos e avaliações de saúde pública, sua aplicação em contextos ímpares, como a DPP em adolescentes, apresenta limitações pois não há a sensibilidade exigida para capturar nuances de diagnósticos psiquiátricos, especialmente em populações vulneráveis como mães adolescentes. Diferentemente de escalas de triagem, como a EPDS, ou entrevistas diagnósticas estruturadas, como a KID-SCID, o CCS não produz uma avaliação detalhada de sintomas ou dos critérios diagnósticos. Além disso, sua dependência de dados administrativos pode levar a diagnósticos equivocados em condições complexas, como a DPP, onde fatores contextuais e emocionais são fundamentais para análise clínica.

3.4. Prevalência e Período Pós-Parto

A correlação entre o período pós-parto e a prevalência é fundamental para compreender as variações nos achados epidemiológicos. Conforme visto anteriormente, as diferenças metodológicas influenciam os dados de prevalência, especialmente na DPP. Conforme destaca Meltzer-Brody et al. (2018), atualmente não há consenso sobre a definição do período pós parto e a literatura costuma variar em até 12 meses. Estudos que avaliam períodos mais curtos frequentemente capturam os efeitos agudos de alterações hormonais e o impacto imediato de desafios emocionais e físicos da maternidade precoce. No entanto,

aqueles que abrangem períodos mais longos tendem a refletir fatores de resiliência ou suporte que surgem com o tempo.

No que se refere a esta revisão, cinco estudos encontraram dados de prevalência no período pós parto imediato, ou seja, dentro de 72 horas. As prevalências encontradas foram 16,7% (n = 44, Anderson & Perez, 2015), 32,10% (n = 240, Anderson & Rahn, 2016), 24,9% (n = 280, Anderson & Connolly, 2018), 29,4% (n = 282, Anderson, C.A., 2023) e 10,30% (n = 789, Haley et al., 2021). É importante ressaltar que o estudo de Anderson (2023) é uma análise secundária do estudo relativo a Anderson and Connolly (2018), ou seja, compartilham uma amostra quase idêntica. Posto isso, Ezirim et al. (2023) resalta a descoberta que apesar de não ser o intervalo mais sensível para a detecção de depressão, é considerado um momento crucial pois as evidências mostraram que o rastreamento imediato no ambiente hospitalar aumenta a acessibilidade e a disponibilidade de recursos para as mulheres que podem ter barreiras fora do hospital. Além disso, os resultados podem ser um fator preditor, principalmente em populações vulneráveis, aponta o autor. A média de prevalência de DPP na adolescência até 72 horas após o parto, considerando os estudos encontrados, é de 22,68.

Apesar da heterogeneidade encontrada nos períodos pós parto, foi possível encontrar padrões dentro dos 18 estudos incluídos nesta revisão. Três estudos acompanharam um período de menos de 3 meses, variando entre 1 até 9 semanas. As prevalências encontradas foram 65,6% de 90 pessoas em até 4 semanas e 46,7% de 90 pessoas de 6 a 9 semanas (Gebrekristos et al., 2023), 37,40% de 374 pessoas (Kassa et al., 2023) e 28,50% de 200 pessoas (Mohammad et al., 2021). Importante destacar que nos três estudos mencionados os autores utilizaram a EPDS. Os dados capturados neste período são pertinentes, pois os dois principais manuais diagnósticos, DSM e CID, informam que os sintomas podem ter início em 4 semanas e 6 semanas pós parto, respectivamente. Os valores, no entanto, variam consideravelmente nos estudos mencionados, com uma média de 44,55%.

No período de 3 meses após o parto, foram encontrados cinco estudos com dados de prevalências. Anderson and Connolly (2018) e Anderson (2023) observaram o resultado de 24,6% em 69 pessoas. Diniz et al. (2017) encontraram 61% de prevalência em 35 pessoas. Samankasikorn et al. (2016) encontraram 0% em 149 pessoas e Venkatesh et al. (2014) 11,5% em 96 pessoas. Este período é marcado pela fase de adaptação pós-parto, aos 3 meses, a maior parte das mães já passaram pelo pico hormonal e do estresse inicial do cuidado neonatal, o que pode contribuir para uma redução geral dos sintomas depressivos em algumas populações. Contudo, conforme é evidenciado no estudo de Frizzo et al. (2019), a matriz de apoio se torna fundamental para o enfrentamento das dificuldades da maternidade. É

importante destacar novamente que no estudo de Samankasikorn et al. (2016) não foram encontradas adolescentes que atingissem o ponto de corte da escala EPDS, o que pode indicar que as mães que participaram deste estudo pertencem a uma população com condições favoráveis, como suporte social, acesso a serviços de saúde mental ou menores níveis de estresse socioeconômico. A média de prevalência para DPP aos três meses foi de 24,28%.

Em sequência disso, referente ao período de 6 meses, prevalências de 20% e 22,6%, respectivamente, foram encontradas por Anderson and Connolly (2018) e Anderson (2023). Diniz et al. (2017) encontraram 33,3% em uma amostra de 35 pessoas. Phipps et al. (2020) encontraram 12% em 232 pessoas e Venkatesh et al. (2014) 12,4% em 97 pessoas. A média de prevalência encontrada para o período de 6 meses foi de 20,06%. De acordo com Brum et al. (2017), alguns autores defendem o período de 6 meses para o diagnóstico, os autores também citam um estudo com cerca de 900 mulheres na Turquia, onde a prevalência de DPP foi de 24,6% de casos novos até os 6 meses. Brum et al. (2017) recomendam que o rastreio psicossocial e as intervenções devem ser oferecidas pelo menos até os seis meses.

Outros cinco estudos presente nesta revisão utilizaram uma estratégia metodológica abrangente para identificar DPP no período pós parto, isto é, as amostras foram entrevistadas em um período de muitos meses. Dentro de 6 meses, por exemplo, Lara e colegas (2017) encontraram a prevalência de 33,3% em uma amostra de 120 pessoas. . Anderson e Ruiz (2022) encontraram 26,6% de prevalência em um período de 9 meses em 173 pessoas. No período de 2 a 9 meses Patiño et al. (2024) encontraram os valores de 26,8% e 68,35%, antes e durante a pandemia, respectivamente, em 41 pessoas de diferentes grupos. Por fim, Hiwell e colegas (2016) encontraram 7,40% de prevalência de DPP em 188 pessoas estudadas no período de 2 a 10 meses, enquanto Jeon et al. (2024) encontraram um valor de 6,08% em 6434 pessoas estudadas em 12 meses. Convém salientar que essa diversidade metodológica corrobora com o entendimento de que a DPP é uma condição complexa, com uma trajetória influenciada por fatores individuais, sociais e contextuais.

Por fim, o último período encontrado nesta revisão foi após 12 meses, identificado pelos autores Diniz et al. (2017) e Phipps et al. (2020) que encontraram, respectivamente, as prevalências de 48,5% (n= 35 pessoas) e 14% (n = 232). Observando os resultados encontrados, é possível inferir que apesar da passagem do tempo e a adaptação à maternidade amenizar os sintomas depressivos, algumas populações seguem em risco e o rastreio em um período prolongado pode ser útil principalmente para intervenções.

No que se refere aos 18 artigos nesta revisão, apenas um estudo (Mbawa et al., 2018) não especifica o período pós parto. A informação disponibilizada é de que foram consideradas

mães com filhos de 36 meses ou mais. Além disso, como é um estudo que faz um comparativo com uma amostra de mães adultas as informações de período pós parto não foram diferenciadas entre grupos.

3.5. Possíveis Fatores de Risco

A maioria dos estudos (N = 14) nesta revisão encontrou em suas análises possíveis fatores de risco que estavam aliados aos resultados de prevalência da DPP. É possível observar uma variedade de elementos biopsicossociais, culturais e econômicos que afetam mães adolescentes no período pós-parto. Além disso, os fatores de risco identificados na Tabela 1 podem ser qualitativamente relacionados com as características populacionais de cada estudo.

Condições socioeconômicas deficientes e pouco apoio social foram identificados por Kassa et al. (2023), Mbawa et al. (2018), Mohammad et al. (2021) e Patiño et al. (2024) como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de DPP. Eventos como a falta de apoio financeiro do parceiro, insatisfação com o apoio social de seus parceiros e família, insegurança alimentar domiciliar e resposta social negativa parecem impactar a gravidez na adolescência. Esses achados estão alinhados com a população que compõe as amostras de cada estudo, ou seja, adolescentes de países com economias emergentes, com rendas abaixo da média e nível escolar intermediário. Vale ressaltar que o estudo de Mohammad et al. (2021) indica um resultado incoerente quando se trata de apoio social. Na amostra do estudo, quanto maior apoio social as adolescentes tinham, maior o risco de DPP. Os autores explicam que altos níveis de apoio tangível para mães adolescentes com baixa autoestima podem contribuir para a confusão de papéis, sintomas depressivos e estresse parental.

Adicionalmente, alguns estudos incluídos nesta revisão (N = 7) encontraram fatores de risco associados a indicadores de vulnerabilidade materna, como a gravidez não planejada, baixa autoestima, baixa eficácia materna percebida e condições clínicas desfavoráveis para a gestação ou parto (Anderson & Rahn, 2016; Anderson and Connolly, 2018; Kassa et al., 2023; Lara et al., 2017; Mbawa et al., 2018; Mohammad et al., 2021; Patiño et al., 2024). Ezirim e colegas (2023) pontuam que, apesar de confiável, a EPDS pode não identificar fatores de risco como as que foram descritas anteriormente, e por isso algumas mães deprimidas ou potencialmente deprimidas podem não ter sido detectadas.

Os achados de Anderson & Rahn (2016) e Anderson (2023) evidenciaram que determinantes culturais e étnicos-raciais também são possíveis fatores de risco no

desenvolvimento de DPP. Além destes, os estudos dos autores Hipwell et al. (2016), Anderson and Ruiz (2022), Venkatesh et al. (2014), Anderson and Perez (2015), Jeon et al. (2024), Anderson and Connolly (2018) e Phipps et al. (2020), apesar de não terem citado os determinantes étnicos e culturais como um preditor da DPP, têm populações diversas ou majoritariamente hispânicas e negras.

Por último, outras variáveis associadas ao risco de DPP são estressores psicossociais. Foi relatado por Anderson and Perez (2015), Anderson & Rahn (2016), Anderson and Connolly (2018), Anderson and Ruiz (2022), Gebrekristos et al. (2023), Haley et al. (2021), Hipwell et al. (2016), Jeon et al. (2024), Mbawa et al. (2018), Mohammad et al. (2021) e Patiño et al. (2024) que experiências estressantes como violência, ambiente familiar disfuncional, menor idade materna, conflitos familiares, sexo não consensual, medo de engravidar e abandono do genitor, também são catalisadores de risco. Não obstante aos fatores supramencionados e como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, foi constatado que histórico de ansiedade e depressão também podem aumentar os riscos de DPP (Hipwell et al., 2016; Jeon et al., 2024).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar a prevalência e os fatores de risco para depressão pós-parto (DPP) em mães adolescentes através de uma revisão sistemática que incluiu 18 artigos. Além disso, foi possível observar, condições culturais e geográficas potencialmente impactantes para o adoecimento pós-parto. A motivação para a realização desta revisão sistemática é a crescente preocupação com a saúde mental materna, especialmente quando consideramos que as adolescentes são mais vulneráveis aos sintomas depressivos do que mães adultas (Sunde e Gonçalves, 2022). A compreensão dos fatores que contribuem para a DPP é essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção, especialmente em populações de adolescentes.

As descobertas de cada estudo foram diversificadas porém relevantes. Conforme foi explorado no presente estudo, a falta de consenso sobre o período pós-parto e a utilização de instrumentos diagnósticos diferentes impede uma comparação direta de todos os estudos, porém possibilitou uma análise desde o pós parto imediato (72 horas) até um tempo prolongado (12 meses). Além disso, as características sociodemográficas das amostras contribuíram para entender o contexto dos quais resultaram as respectivas prevalências, justamente pela diversidade encontrada nos artigos incluídos.

É importante ressaltar que os achados e as discussões aliadas à literatura disponível reforçaram a complexidade da DPP na adolescência. Entretanto limitações foram encontradas na execução deste estudo. A seleção de artigos publicados pode ter introduzido viés nos resultados, além disso, não foi realizada uma busca aprofundada nos artigos citados nos estudos selecionados, o que poderia ter ampliado a abrangência da revisão. Outra limitação significativa foi a impossibilidade de conduzir uma meta-análise, devido à heterogeneidade dos estudos, algo que poderá ser conduzido futuramente talvez com um número menor de artigos ou com uma nova busca.

Finalmente, para futuras pesquisas deve ser considerado a realização de estudos longitudinais, que acompanhem mães adolescentes ao longo do tempo, para observar a evolução dos sintomas de DPP e os fatores que os influenciam. Para mais, estudos que incluam populações de diferentes contextos socioculturais, especialmente em países como o Brasil, onde as desigualdades regionais e sociais são marcantes, e conforme visto anteriormente, são essenciais para compreender a dinâmica dessa condição. A DPP não é apenas uma condição individual, mas um problema que afeta toda a rede familiar, justificando sua priorização em políticas públicas. No Brasil, conforme discutido por Arrais e Araújo (2017), em torno de 20% das mães apresentam sintomas de depressão no país, destacando a magnitude do problema no país. No âmbito da saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel central, integrando equipes de saúde da família responsáveis por identificar casos de DPP e intervir. Essa abordagem colaborativa é essencial para mitigar os efeitos negativos da DPP tanto para as mães quanto para suas famílias. Espera-se que a presente revisão auxilie na identificação de elementos relevantes para o estudo e mapeamento da DPP, bem como para a investigação de fatores de risco em populações menos estudadas, como é o caso da América Latina.

REFERÊNCIAS

- AL-KLOUB, M. I.; AL-ZEIN, H. J.; ABDALRAHIM, M. S.; ABED, M. A. **Young women's experience of adolescent marriage and motherhood in Jordan.** Culture, Health & Sexuality, 2018. DOI: 10.1080/13691058.2018.14890.
- ALLGAIER, A. K.; PIETSCH, K.; FRÜHE, B.; et al. **Screening for depression in adolescents: validity of the patient health questionnaire in pediatric care.** Depression and Anxiety, v. 29, n. 10, p. 906–913, 2012. DOI: 10.1002/da.21971.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR** [recurso eletrônico]. Tradução: Daniel Vieira, Marcos Viola Cardoso, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Alexandre de Souza Crippa, Flávia de Lima Osório, José Diogo Ribeiro de Souza. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ANDERSON, C.; PEREZ, C. **Adolescent Psychological Birth Trauma Following Cesarean Birth.** Pediatric Nursing, v. 41, n. 2, p. 78–83, 2015.
- ANDERSON, C. A.; CONNOLLY, J. P. **Predicting posttraumatic stress and depression symptoms among adolescents in the extended postpartum period.** Heliyon, v. 4, n. 11, e00965, 2018. DOI: 10.1016/j.heliyon.2018.e00965.
- ANDERSON, C. A.; RAHN, B. **Factors Related to the Seeking and Contribution of Prenatal Care Among Ethnically Diverse Adolescents.** Journal of Child and Family Studies, v. 25, p. 2211–2222, 2016. DOI: 10.1007/s10826-016-0378-9.
- ANDERSON, C. A.; RUIZ, J. **Depressive Symptoms Among Hispanic Adolescents and Effect on Neonatal Outcomes.** Hispanic Health Care International: The Official Journal of the National Association of Hispanic Nurses, v. 20, n. 1, p. 25–32, 2022. DOI: 10.1177/15404153211003223.
- ANDERSON, C. A. **Depressive symptoms among adolescents before, during, and after pregnancy: A secondary analysis.** Pediatric Nursing, v. 49, n. 3, p. 111–117, 2023.
- ARAUJO, Neuraci Gonçalves de; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. **Características e impacto dos programas de prevenção da depressão pós-parto em Terapia Cognitivo-Comportamental: revisão sistemática.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 16, n. 1, p. 10-18, jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872020000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2024.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 828-845, dez. 2017. Disponível em <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2024. <https://doi.org/10.15309/17psd180316>.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 5 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Criança Feliz: O programa**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy_of_o-programa. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf. Acesso em: 09 out. 2024.

BRUM, E. H. M. de. **Depressão Pós-Parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 17, n. 2, p. 92–100, 2017. DOI: 10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. **Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale**. British Journal of Psychiatry, v. 150, n. 6, p. 782–786, 1987. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.

DADI, A. F.; AKALU, T. Y.; BARAKI, A. G.; WOLDE, H. F. **Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis**. PLOS ONE, v. 15, n. 4, e0231940, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0231940.

DEFINITIVE HEALTHCARE. **Clinical Classifications Software (CCS)**. 2024. Disponível em: <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/clinical-classifications-software>. Acesso em: 23 nov. 2024.

DINIZ, E.; SANTOS, L. S. dos; KOLLER, S. H. **Social Support as Moderator of Knowledge about Infant Development in Adolescent Mothers**. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 27, n. 68, p. 281–289, 2017. DOI: 10.1590/1982-43272768201705.

EZIRIM, N.; YOUNES, L. K.; BARRETT, J. H.; et al. **Reproducibility of the Edinburgh Postnatal Depression Scale during the Postpartum Period**. American Journal of Perinatology, v. 40, n. 2, p. 194–200, 2023. DOI: 10.1055/s-0041-1727226.

FEBRASGO. **Reflexões sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência 2021**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1210-reflexoes-sobre-a-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-2021>. Acesso em: 01 dez. 2024

FRIZZO, G. B.; et al. **Maternidade Adolescente: A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Parto**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 35, p. e3533, 2019.

GAETE, V. **Desarrollo psicosocial del adolescente**. Revista Chilena de Pediatría, v. 86, n. 6, p. 436–443, 2015. DOI: 10.1016/j.rchipe.2015.07.005.

GEBREKRISTOS, L. T.; GROVES, A. K.; MCNAUGHTON REYES, L.; et al. **Intimate partner violence victimization during pregnancy increases risk of postpartum depression among urban adolescent mothers in South Africa.** *Reproductive Health*, v. 20, n. 1, p. 68, 2023. DOI: 10.1186/s12978-023-01605-z.

GRAZIOTTIN, A.; DI SIMONE, N.; GUARANO, A. **Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health.** *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, v. 296, p. 250–257, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.037>. Acesso em: 1 dez. 2024.

HALEY, C.; MARTA, R. B.; SIXTO, S. E.; et al. **Resilience mediates the relationship between household dysfunction in childhood and postpartum depression in adolescent mothers in Peru.** *Comprehensive Psychiatry*, v. 104, p. 152215, 2021. DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152215.

HIPWELL, A. E.; STEPP, S. D.; MOSES-KOLKO, E. L.; et al. **Predicting adolescent postpartum caregiving from trajectories of depression and anxiety prior to childbirth: a 5-year prospective study.** *Archives of Women's Mental Health*, v. 19, n. 5, p. 871–882, 2016. DOI: 10.1007/s00737-016-0627-3.

JEON, N.; KENT-MARVICK, J.; SANDERS, J. N.; et al. **Comparing maternal factors associated with postpartum depression between primiparous adolescents and adults: A large retrospective cohort study.** *Birth (Berkeley, Calif.)*, v. 51, n. 1, p. 218–228, 2024. DOI: 10.1111/birt.12785.

KASSA, G.; BATCHELDER, A.; GROSS, D. **Prevalence and determinants of postpartum depression among adolescent and adult mothers in Northwest Ethiopia.** *Research in Nursing & Health*, in press, 2023. DOI: 10.1002/nur.22362.

LARA, Ma. A.; PATIÑO, P.; NAVARRETE, L.; et al. **Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers.** *Salud Mental*, v. 40, n. 5, p. 201–208, 2017. DOI: 10.17711/sm.0185-3325.2017.026.

LIMA, J. G. et al. **Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará.** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, p. e00616190, 2022. DOI: 10.1590/s1679-49742022000200033.

LOURENÇO, S. T. F. **Influência da auto percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade na sintomatologia depressiva em idosos.** 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/8291>. Acesso em: 24 abr. 2024.

MAURER, D. M.; RAYMOND, T. J.; DAVIS, B. N. **Depression: Screening and Diagnosis.** *American Family Physician*, v. 98, n. 8, p. 508–515, 2018.

MBAWA, M.; VIDMAR, J.; CHINGWARU, C.; et al. **Understanding postpartum depression in adolescent mothers in Mashonaland Central and Bulawayo Provinces of Zimbabwe.** *Asian Journal of Psychiatry*, v. 32, p. 147–150, 2018. DOI:

10.1016/j.ajp.2017.11.013.

MELTZER-BRODY, S.; HOWARD, L. M.; BERGINK, V.; et al. **Postpartum psychiatric disorders**. Nature Reviews Disease Primers, v. 4, n. 18022, 2018. DOI: 10.1038/nrdp.2018.22.

MOHAMMAD, K. I.; SABBAH, H.; ALDALAYKEH, M.; et al. **Effects of social support, parenting stress and self-efficacy on postpartum depression among adolescent mothers in Jordan**. Journal of Clinical Nursing, v. 30, n. 23-24, p. 3456–3465, 2021. DOI: 10.1111/jocn.15846.

MOURA, F. dos; SILVA JÚNIOR, J. A. da; ROLIM, A. C.; SILVA, K.; JACOB, L. M. da. **Determinantes sociais da saúde relacionados à gravidez na adolescência**. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 4, n. 1, p. 133-150, 30 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: Décima Primeira Revisão (CID-11)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Licença: CC BY-ND 3.0 IGO

PAGE, Matthew J. et al. **A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 31, n. 2, e2022107, 2022. DOI: 10.1590/s1679-49742022000200033. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000201700&lng=p&t&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2024.

PARK, S. H.; KWON, Y. M. **Can the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Be Used to Screen for Depression in Children and Adolescents? An Updated Systematic Review**. Child Psychiatry and Human Development, 2023. DOI: 10.1007/s10578-023-01553-6.

PATÍÑO, P.; LARA, M. A.; BENJET, C.; et al. **Postpartum depression in adolescent mothers before and during COVID-19 and the role of self-esteem, maternal self-efficacy, and social support**. Salud Mental, v. 47, n. 1, p. 23–33, 2024. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2024.004.

PHIPPS, M. G.; WARE, C. F.; STOUT, R. L.; et al. **Reducing the Risk for Postpartum Depression in Adolescent Mothers: A Randomized Controlled Trial**. Obstetrics and Gynecology, v. 136, n. 3, p. 613–621, 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004003.

PUTRI, A. S.; WURISASTUTI, A. S. T.; SURYAPUTRI, A. S. T. I. Y.; MUBASYIROH, A. S. T. I. Y. R. **Postpartum depression in young mothers in urban and rural Indonesia**. Journal of Preventive Medicine and Public Health, v. 56, n. 3, p. 272–281, 2023.

ROELOFS, J.; MURIS, P.; BRAET, C.; et al. **The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): First Psychometric Evaluation in a Dutch Sample of Clinically Referred Youths**. Child Psychiatry & Human Development, v. 46, n. 3, p. 367–375, 2014. DOI: 10.1007/s10578-014-0477-z.

SAMANKASIKORN, W.; PIERCE, B.; ST IVANY, A.; et al. **Effect of Home Visiting with Pregnant Teens on Maternal Health**. MCN. The American Journal of Maternal Child

Nursing, v. 41, n. 3, p. 162–167, 2016. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000235.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. **Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 159–166, mar. 2011.

SILVA, Gabriela Andrade da. **Impacto do instrumento de coleta de dados sobre os resultados de estudos de prevalência de depressão pós-parto na América Latina: uma metanálise.** São Paulo: Universidade de São Paulo, [s.d.]. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental). Disponível em: <https://www.ip.usp.br/vicongresso/anais/gabrielaandradedasilva.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

SUNDE, Rosario Martinho; GONÇALVES, Francine Guimarães. **Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da depressão pós-parto em adolescentes.** Revise - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde, [S. l.], v. 9, n. fluxo contínuo, p. 90-114, 2022. DOI: 10.46635/revise.v9ifluxocontinuo.2206. Disponível em: <https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/revise/article/view/2206>. Acesso em: 24 abr. 2024.

TEMBO, C.; PORTSMOUTH, L.; BURNS, S. **Postnatal depression and its social-cultural influences among adolescent mothers: A cross-sectional study.** PLOS Global Public Health, v. 3, n. 6, e0002025, 2023. DOI: 10.1371/journal.pgph.0002025.

VENKATESH, K. K.; ZLOTNICK, C.; TRICHE, E. W.; et al. **Accuracy of Brief Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Adolescent Mothers.** Pediatrics, v. 133, n. 1, e45–e53, 2014. DOI: 10.1542/peds.2013-1628.

World Health Organization. **Adolescent pregnancy**, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 01 dez. 2024.