

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SAÚDE MENTAL MATERNA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Patrícia Alvarenga¹□, Laís Nunes Souto¹, Hevilla Pereira de Oliveira¹, & Isabela Gil Santana¹

Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. palvarenga66@gmail.com,
lais.nsouto@gmail.com, hevyllaoliveira@gmail.com, isabela.gasantana@gmail.com

RESUMO: Este estudo investigou a relação entre fatores sociodemográficos, depressão pós-parto e transtornos mentais comuns em uma amostra de 60 mães de bebês de três meses de vida, com perfil de vulnerabilidade social de duas comunidades de Salvador/Brasil. As mães responderam a um questionário sociodemográfico, à Escala Beck de Depressão (BDI) e ao Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders (SRQ-20). Alguns dos resultados encontrados apoiaram a hipótese inicial que quanto maior a exposição a condições sociais adversas, maiores os escores de transtornos mentais. Foi encontrada uma correlação negativa entre a escolaridade materna e a depressão pós-parto, e uma correlação positiva entre o número de filhos e os transtornos mentais comuns. A análise de regressão confirmou o poder preditivo das duas variáveis. Discute-se o papel do acesso à educação de qualidade e ao planejamento familiar como possíveis fatores protetivos contra o surgimento ou agravamento de sintomas de transtornos mentais comuns e depressão no pós-parto.

Palavras-chave: saúde mental, vulnerabilidade social, variáveis sociodemográficas

SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES AND MATERNAL MENTAL HEALTH IN A CONTEXT OF SOCIAL VULNERABILITY

ABSTRACT: The current study investigated the relationship between sociodemographic factors, postpartum depression and minor psychiatric disorders in a sample of 60 mothers of three-month-old infants with social vulnerability profile from two communities in Salvador/Brazil. The mothers responded to a sociodemographic questionnaire, the Beck Depression Scale (BDI) and the Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders (SRQ-20). Some of the results supported the initial hypothesis that the greater the exposure to adverse social conditions, the greater the scores of psychiatric disorders. A negative correlation was found between maternal schooling and postpartum depression, and a positive correlation was found between the number of children and minor psychiatric disorders. Regression analysis confirmed the predictive power of the two variables. The study discusses the role of access to qualified education and family planning strategies as possible protective factors against the onset or worsening of symptoms of minor psychiatric disorders and depression in the postpartum period.

Keywords: mental health, social vulnerability, sociodemographic, variables

Recebido em 11 de Fevereiro de 2017/ Aceite em 23 de Outubro de 2018

□Rua Presidente Kennedy, 84/301. CEP: 40130200. Salvador, Bahia. e-mail: palvarenga66@gmail.com

A gestação e o nascimento de um filho são eventos que geram mudanças marcantes na vida familiar, especialmente, para as mulheres. As alterações físicas características da gestação e as incertezas em relação ao parto e à maternidade, além de preocupações financeiras e ajustes a serem implementados na rotina familiar, podem ser considerados eventos estressores significativos. Esses e outros eventos podem desencadear sintomas de transtornos mentais nos períodos pré e pós-parto, causando grande sofrimento à mulher e podendo também repercutir na sua relação com o bebê (Alhusen, 2008; Alvarenga, Dazzani, Alafaya, Lordelo & Piccinini, 2012; Caughy, Huang & Lima, 2009; Field et al., 2010; Field, 2011). Quando a família está inserida em um contexto de vulnerabilidade social, esses problemas tendem a se agravar (Fisher et al., 2012). A vulnerabilidade social pode ser definida como o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos de indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade (AbraMovay, Castro, Pinheiro, Lima & Martinelli, 2002).

A depressão pós-parto é um dos quadros mais investigados nesse contexto. Caracteriza-se por desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (Moraes et al., 2006). A prevalência da depressão pós-parto verificada em estudos epidemiológicos brasileiros varia entre 12 e 26% (Brito, Alves, Ludermir & Araújo, 2015; Figueira, Diniz, Silva & Filho 2011). Além da depressão, sintomas de ansiedade também são comuns na gestação e no puerpério (Ribeiro, Perosa & Padovani, 2014). O conceito de transtornos mentais comuns tem sido utilizado como uma forma de descrever e avaliar sintomas que são frequentes em quadros de depressão e de ansiedade, e representa uma ferramenta conceitual e operacional muito útil para este fim. O construto faz referência à saúde de indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão ou ansiedade, mas que apresentam sintomas proeminentes e possível incapacitação funcional comparável aquela que ocorre em quadros crônicos (Santos et al., 2007). A prevalência de transtornos mentais comuns em populações de gestantes e puérperas ou mães nos primeiros meses de vida do bebê é de aproximadamente 41% de acordo com estudos nacionais (Almeida, Nunes, Camey, Pinheiro & Schmidt, 2012; Silva et al., 2010).

Além do impacto de aspectos biológicos, da história prévia de queixas de saúde mental da mulher (Aliane, MaMede & Furtado, 2011; Alvarenga & Frizzo, prelo; DiPietro, Novak, Costigan, Atella & Relsing, 2006; McCoy, Beal, Shipman, Payton & Watson, 2006) e das redes de apoio social (Alvarenga, Palma, Silva & Dazzanni, 2013; Figueira et al., 2011), vários estudos têm destacado a importância de variáveis sociodemográficas como fatores de risco ou proteção contra o aparecimento de queixas de ansiedade e depressão ao longo dos períodos pré e pós-parto. Nessas investigações, alguns fatores específicos têm se mostrado mais relevantes, embora alguns achados contraditórios ainda causem controvérsias.

Um dos fatores sociodemográficos que tem apresentado relações consistentes com sintomas de transtornos mentais no pré e no pós-parto, e particularmente com a depressão nesse contexto, é a escolaridade materna. Inúmeras investigações indicam que quanto menor o tempo de estudo maiores as chances de a mulher desenvolver depressão pós-parto (Alvarenga, et al. 2012; Brito et al., 2015; Economou, Madianos, Peppou, Patelakis & Stefanis, 2013; Silva et al., 2010; Morais, Fonseca, David, Viegas & Otta, 2015; Ruschi et al., 2007). Quanto à ansiedade, especificamente, o estudo de Araújo, Pacheco, Pimenta e Kac (2008) revelou maiores escores de ansiedade traço em gestantes com menor nível educacional em uma amostra do Rio de Janeiro.

A renda familiar ou as condições financeiras da família também podem afetar a ocorrência desse tipo de sintoma no contexto da gestação e do pós-parto. Alguns estudos revelaram que quanto menor for a renda familiar da gestante ou mãe maiores as chances de desenvolver sintomas de transtornos

SAÚDE MENTAL MATERNA E VULNERABILIDADE SOCIAL

mentais (Alvarenga et al., 2012; Faisal-Cury & Menezes, 2006; Greinert & Milani, 2015; Kerber, Falceto & Fernandes, 2011; Silva et al., 2010). Os achados de Figueira et al., (2011) mostraram que a presença de dificuldades financeiras tem relação mais relevante com risco de desenvolver depressão pós-parto do que o fato de trabalhar ou não fora de casa. O estudo de Alvarenga e Frizzo (prelo) revelou que a renda foi um preditor significativo dos sintomas de transtornos mentais comuns durante o terceiro trimestre de gestação em mulheres de Salvador/BA.

Outro fator que tem estado associado à depressão e à ansiedade é a quantidade de filhos. O estudo de Alvarenga et al., (2012) verificou que quanto maior o número de filhos maior o número de sintomas revelados pelos escores de transtornos mentais comuns. Corroborando esses achados Almeida et al., (2012), constataram que mães com dois ou mais filhos tinham maior probabilidade de apresentar transtornos mentais associados à depressão, ansiedade, álcool, e também transtornos alimentares e somatoformes. Com relação à ansiedade, no estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006), os escores em um teste que avaliou o traço de ansiedade estiveram associados ao maior número de filhos. Embora o tamanho da prole esteja associado aos sintomas de transtornos mentais, é possível que apenas um número elevado de filhos afete a saúde mental da mulher. Por exemplo, o estudo de Urdaneta et al., (2010) não apontou para diferenças significativas quanto à presença de depressão pós-parto entre mães primíparas e múltíparas.

Dentre os estudos revisados, dois revelaram relações entre a idade e a saúde mental materna. Em um dos estudos, a ansiedade traço foi significativamente maior em gestantes com idades entre 18 e 24 anos se comparadas a mulheres nas faixas etárias acima de 25 anos (Araújo et al., 2008). De modo semelhante, no estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006), tanto a ansiedade traço como a ansiedade estado estiveram associadas à menor idade das mães, durante o puerpério. Para os autores do último estudo citado, esses achados indicariam que mães mais jovens têm menos experiência no enfrentamento das dificuldades relacionadas ao puerpério. Outros estudos investigaram essa relação, porém, não constataram efeitos da idade sobre a depressão (Cantilino et al., 2010; Guedes et al., 2011), tampouco sobre sintomas de transtornos mentais em geral em gestantes e mães (Almeida et al., 2012; Alvarenga et al., 2012).

No que diz respeito ao *status* conjugal ou ao fato de coabitar ou não com o parceiro, há estudos que indicam que entre mulheres que não moram com um companheiro ou com o pai do bebê, a frequência de transtornos mentais ou depressão na gravidez é mais alta (Almeida et al., 2012; Thiengo, Santos, Fonseca, Abelha & Lovisi, 2012). Entretanto, outros estudos revisados que investigaram relações semelhantes não chegaram às mesmas conclusões (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Figueira et al., 2011; Kerber et al., 2011). No estudo de Araújo et al., (2008) por exemplo, sintomas de ansiedade foram significativamente mais frequentes entre gestantes que viviam com um companheiro.

Outro fator importante a ser considerado é o *status* ocupacional da mulher. Alguns estudos apontam para uma associação significativa entre sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez e o pós-parto e o desemprego (Almeida et al., 2012; Araújo et al., 2008; Thiengo et al., 2012). Outro achado interessante foi o de que o emprego ocasional esteve associado ao transtorno depressivo durante a gestação. O transtorno foi significativamente mais frequente em mulheres que trabalhavam ocasionalmente, quando comparadas a donas de casa e estudantes (Thiengo et al., 2012).

Dada a importância de se considerar as condições sociodemográficas típicas das famílias brasileiras, a revisão de literatura apresentada privilegiou a literatura nacional, na qual já se encontra um número expressivo de investigações sobre as relações entre esses fatores e os sintomas de transtornos mentais no pré e no pós-parto. De qualquer modo, é importante salientar que os estudos internacionais também apontam para relações semelhantes, sublinhando a relevância de fatores como a escolaridade, a renda, o *status* ocupacional e o número de filhos em países em desenvolvimento. Uma revisão sistemática sobre preditores de transtornos mentais no pré e no pós-parto em países de renda baixa ou média-baixa, além

de revelar prevalências mais altas de transtornos mentais, mostrou também que esses transtornos são mais comuns entre mulheres que vivem em situação de alta vulnerabilidade social e econômica, especialmente as que vivem em lares com muitos moradores, e zonas rurais. Outros fatores que se destacaram nas análises foram as menores taxas de depressão encontradas entre mulheres com acesso a melhor qualidade de educação, trabalho e serviços de saúde voltados para questões reprodutivas, incluindo o planejamento familiar (Fisher et al., 2012).

Considerando as evidências que relacionam fatores como a escolaridade, a renda, o *status* conjugal e ocupacional e o número de filhos à presença de sintomas de transtornos mentais na gestação e no pós-parto, bem como as controvérsias que ainda permanecem, conclui-se que essa problemática deve continuar sendo explorada. O conjunto de achados revisados aponta para a importância de que essas relações sejam investigadas especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, em que as mulheres parecem ser mais afetadas pelas condições ambientais adversas. O presente estudo teve como objetivo investigar as relações entre fatores sociodemográficos e os sintomas de transtornos mentais comuns e de depressão pós-parto em uma amostra de mães de duas comunidades de Salvador com características de vulnerabilidade social. A hipótese inicial era de que fatores relacionados à vulnerabilidade social como menor nível de instrução e menor renda familiar estariam correlacionados a maiores escores de transtornos mentais comuns e de depressão pós-parto.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 60 mães de bebês de ambos os sexos (36 meninos e 24 meninas), nascidos a termo, com média de 26 anos de idade ($DP = 5,51$) e que residiam em duas comunidades socialmente vulneráveis da cidade de Salvador-BA. As participantes foram selecionadas por acessibilidade em unidades básicas de saúde e também por indicações feitas pelas próprias mães. O recrutamento ocorreu entre o terceiro trimestre de gestação e o 3º mês de vida do bebê. A escolaridade das participantes ($M = 10,02$; $DP = 2,93$) indica que a maior parte da amostra tinha pelo menos ensino fundamental completo. No que diz respeito ao número de moradores da casa onde a mãe residia ($M = 4,48$; $DP = 2,31$), a média de moradores é alta se comparada à quantidade média de filhos das participantes ($M = 0,77$; $DP = 0,98$). Quanto ao fato de ser multípara ou primípara, verificou-se que ambas as categorias estão equilibradas (50%). A maior parte das mães não trabalhava fora de casa (60%), enquanto a maior parte dos pais trabalhava (80%). A média de tempo em que os pais do bebê moravam juntos foi de aproximadamente 3 anos e meio ($M = 44,03$; $DP = 45,24$). Quanto à renda familiar, a média foi de aproximadamente 2 salários mínimos ($M = R\$ 1.376,30$; $DP = R\$ 842,26$). O Quadro 1 apresenta os dados sociodemográficos das participantes.

SAÚDE MENTAL MATERNA E VULNERABILIDADE SOCIAL

Quadro 1.

Características demográficas dos participantes ($n=60$)

Variáveis	M (DP)	F (%)
Idade da mãe	M = 26,48 (DP = 5,51)	
Escolaridade da mãe (anos)	M = 10,02 (DP = 2,93)	
Número de filhos	M = 1,77 (DP = 0,98)	
Paridade		
Primíparas		30 (50%)
Multíparas		30 (50%)
Escolaridade do pai (anos)	M = 10,56 (DP = 2,54)	
Número de moradores da casa	M = 4,48 (DP = 2,31)	
Renda familiar (reais)	M = R\$ 1376,30 (DP = R\$842,26)	
Ocupação da mãe		
Trabalham fora		24 (40%)
Não trabalham fora		36 (60%)
Ocupação do pai*		
Trabalham fora		48 (80%)
Não trabalham fora		10 (16,7%)
Coabitação com o pai do bebê		
Não		14 (23,3%)
Sim		46 (76,7%)
Tempo de coabitação com o pai (meses)	M = 44,03 (DP = 45,24)	

* Os dados perdidos na variável ocupação do pai correspondem a 3,3%.

O Quadro 2 apresenta os dados sobre a saúde das participantes. Apenas 13,3% das mães afirmaram ter algum problema de saúde. Entretanto, um quarto da amostra alegou fazer uso de alguma medicação controlada e 15% afirmaram já ter sido atendidas alguma vez por um psiquiatra.

Quadro 2.

Condições de saúde da mulher ($n=60$)

Variáveis	F (%)
Problema de saúde	
Não	52 (86,7%)
Sim	8 (13,3%)
Uso de medicação controlada	
Não	45 (75%)
Sim	15 (25%)
Atendimento psiquiátrico	
Não	51 (85%)
Sim	9 (15%)

Com relação às condições da gestação, do parto e da saúde do bebê, o número médio de semanas de gestação foi de 39,37 semanas (DP = 1,11), o peso médio dos bebês no nascimento foi de 3,26Kg (DP = 0,51) e comprimento ao nascer foi em média 47,22cm (DP = 4,75). Ao serem questionadas sobre o tipo de parto, 58,3% das mães afirmaram ter realizado parto normal, e a duração média de internação hospitalar do bebê, foi de 10,30 dias (DP = 7,27). Nenhum dos bebês da amostra recebeu diagnóstico de doença crônica ou deficiência.

Material

1) Ficha de Dados Sociodemográficos: Nesta ficha foram coletadas informações sobre a mãe e a família, tais como, escolaridade dos pais, estado civil, renda familiar, profissão, condição de saúde da mãe, data prevista para o nascimento do bebê, acrescidos da idade, sexo e grau de parentesco de todos os membros que moravam na casa junto com a mãe e o bebê.

2) SRQ-20 (Self-Report Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders): Este instrumento foi desenvolvido por Harding et al. (citado por Mari & Williams, 1985). É uma escala composta de vinte e quatro itens com o objetivo de detectar transtornos psiquiátricos menores através da investigação de sintomas não-psicóticos (20 itens) e sintomas psicóticos (quatro itens). Para o presente estudo, de acordo com recomendações da literatura consultada (Mari & Williams, 1986), foram utilizados somente os 20 itens destinados à avaliação dos sintomas não-psicóticos, tendo em vista a baixa fidedignidade da sub-escala de sintomas psicóticos. Investigou-se, portanto, a presença de sintomas de depressão, ansiedade e de algumas queixas psicossomáticas. O ponto de corte de oito pontos, isto é, oito respostas “sim” ou mais, foi utilizado para classificar cada mãe como “participante com suspeita de transtorno mental” ou como “participante sem suspeita de transtorno mental” (Mari & Williams, 1986). Foi utilizada a versão brasileira do SRQ-20, validada por Mari e Williams (1986). O índice de consistência interna (alpha de Cronbach) da versão brasileira foi 0.86 (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008).

3) Inventário Beck de Depressão (BDI): Este instrumento é uma escala sintomática de autorrelato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta sobre como o indivíduo tem se sentido recentemente, e que correspondem a níveis diferentes de gravidade de depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, e pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo, leve, moderado ou grave. O escore total pode variar de zero a 63 pontos. Para o presente estudo, foi utilizada a versão em português do Inventário (Cunha, 2001), cuja consistência interna foi 0,84.

Procedimento

Foi utilizado o delineamento correlacional que utilizou como variáveis preditoras os fatores sociodemográficos e como variáveis preditas os transtornos mentais comuns e a depressão pós-parto avaliada nas mães no 3º mês de vida do bebê. As mães foram convidadas a participar da pesquisa e as que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No terceiro mês de vida do bebê, foi realizada uma visita domiciliar, na qual foram coletados os dados sociodemográficos e de saúde física e mental da mãe, assim como dados de saúde do bebê, além de informações sobre a gestação e o parto.

RESULTADOS

Na avaliação dos transtornos mentais comuns, o escore médio foi de 4,95 ($DP = 3,84$). A variação de pontuação no SRQ-20 está entre 0 a 20 pontos. Este resultado revela que a média do escore da amostra não alcançou o ponto de corte (a partir de 8 pontos) que indica suspeita de algum tipo de transtorno mental. Considerando-se esse ponto de corte, 16 (26,7%) mães apresentavam suspeita de transtorno mental e 44 (73,3%) mães não apresentavam suspeita de transtorno mental.

A análise dos escores de depressão pós-parto das participantes revelou que a amostra obteve, no BDI, um escore médio de 16,37 ($DP = 10,68$). O escore total para cada participante no BDI pode variar

SAÚDE MENTAL MATERNA E VULNERABILIDADE SOCIAL

de 0 a 63 pontos. A pontuação média encontrada está caracterizada no Nível Leve (12 a 19 pontos). No Quadro 3 encontram-se as frequências dos diferentes níveis de depressão. Grande parte da amostra apresentou níveis moderados de depressão (31,7%), mas apenas 5% das mães tinha depressão grave no terceiro mês de vida do bebê.

Quadro 3.

Frequência dos diferentes níveis de depressão ($n=60$)

Nível de depressão	Frequência de casos (%)
Mínimo (0 a 11 pontos)	25 (41,7%)
Leve (12 a 19 pontos)	13 (21,7%)
Moderado (20 a 35 pontos)	19 (31,7%)
Grave (36 a 63 pontos)	3 (5%)

O Quadro 4 apresenta as correlações entre variáveis sociodemográficas, transtornos mentais comuns e depressão pós-parto. Houve uma correlação negativa moderada entre a escolaridade materna e o Escore Total no BDI ($r = -0,33$; $p < 0,01$), indicando que quanto menor a escolaridade da mãe, maior o escore de depressão. Foi encontrada também uma correlação positiva fraca entre o número de filhos e o escore total no SRQ-20 ($r = 0,29$; $p < 0,05$), que revela que quanto maior o número de filhos, maior o escore de transtornos mentais comuns. As demais correlações não foram significativas.

Quadro 4.

Correlações entre variáveis sociodemográficas, depressão pós-parto e transtornos mentais comuns ($n=60$)

	Escore total no BDI	Escore Total no SRQ-20
Idade	0,11	0,20
Escolaridade materna	-0,33**	-0,14
Número de filhos	0,20	0,29*
Escolaridade do pai da criança	-0,20	-0,44
Tempo da união conjugal	-0,15	-0,08
Número de moradores	-0,08	-0,06
Renda familiar	0,01	0,08

* $p=0,05$; ** $p=0,01$

As variáveis que apresentaram correlações significativas com os transtornos mentais comuns e com a depressão pós-parto foram inseridas em duas análises de regressão linear simples separadas. A primeira análise de regressão considerou os efeitos do número de filhos sobre os transtornos mentais comuns. Os resultados revelaram que o número de filhos ($p=0,02$) explicou 6,8% da variância nos escores de transtornos mentais, indicando que para cada filho a mais, o escore de transtornos mentais comuns da participante aumentou em 1,13.

A segunda análise de regressão considerou os efeitos da escolaridade materna sobre a depressão pós-parto. Os resultados revelaram que a escolaridade materna ($p=0,01$) explicou 9,1% da variância nos escores de depressão pós-parto, indicando que para cada ano de escolaridade a menos, o escore de depressão pós-parto aumentou em 1,19.

Em outra etapa das análises foram exploradas possíveis associações (teste qui-quadrado) entre variáveis sociodemográficas e as condições com e sem suspeita de transtorno mental, de acordo com o ponto de corte de oito pontos recomendado pelo SRQ-20. Os resultados dessas análises, apresentados no Quadro 5, não revelaram associações significativas.

Quadro 5.

Associações entre variáveis sociodemográficas e transtornos mentais comuns

	Com suspeita de transtorno mental (n=16)	Sem suspeita de transtorno mental (n=44)	X ²	p
Paridade				
Primíparas	6	24	1,36	0,24
Multíparas	10	20		
Coabitação com o pai do bebê				
Não	5	9	0,76	0,49
Sim	11	35		
Ocupação da mãe				
Trabalham fora	8	16	0,91	0,34
Não trabalham fora	8	28		
Problemas de saúde da mãe				
Não	13	39	0,55	0,43
Sim	3	5		

Por fim, foram exploradas possíveis diferenças entre condições associadas a dados sociodemográficos (teste *t* de *Student*) e os escores de depressão pós-parto. O Quadro 6 apresenta média, desvio-padrão, valor de *t* e nível de significância dos escores de depressão pós-parto de acordo com coabitação com o pai do bebê, trabalho da mãe, problemas de saúde da mãe e paridade.

Quadro 6.

Média, desvio-padrão, valor de *t* e nível de significância dos escores de depressão pós-parto de acordo com coabitação com o pai do bebê, trabalho da mãe, problemas de saúde da mãe e paridade (n=60)

	Escore de depressão pós-parto M (DP)	t	P
Paridade			
Primíparas	16,07 (11,29)	-0,22*	0,83
Multíparas	16,67 (10,23)		
Coabitação com o pai do bebê			
Não	22,86 (14,66)	2,06**	0,05
Sim	14,39 (8,39)		
Ocupação da mãe			
Trabalham fora	18,33 (12,65)	-1,17*	0,25
Não trabalham fora	15,06 (9,10)		
Problemas de saúde da mãe			
Não	15,58 (10,88)	-1,47*	0,15
Sim	21,50 (8,02)		

gl*=58; gl**=15,68

A única diferença significativa ocorreu na categoria coabitação com o pai do bebê ($t(15,68) = 2,06$; $p = 0,05$). Mães que não viviam com o pai do bebê ($M = 22,86$; $DP = 14,66$) apresentaram escores de depressão pós-parto mais altos do que mães que viviam com o pai do bebê ($M = 14,39$; $DP = 8,39$).

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar as relações entre fatores sociodemográficos e a saúde mental em uma amostra por conveniência de mães avaliadas no terceiro mês de vida do bebê, em duas comunidades socialmente vulneráveis de Salvador. Alguns dos resultados encontrados apoiaram a hipótese inicial que quanto maior a exposição a condições sociais adversas, maiores os escores de transtornos mentais.

O número de filhos correlacionou-se positivamente com o escore de transtornos mentais comuns e a análise de regressão confirmou o poder preditivo dessa variável. Contudo, não houve diferenças significativas nos escores de transtornos mentais comuns de mulheres primíparas e múltíparas, o que sugere que seja o elevado número filhos o fator relacionado ao aumento dos sintomas de transtornos mentais comuns. Esses resultados corroboram os achados de estudos realizados no Brasil e também em outros países (Almeida et al., 2012; Alvarenga et al., 2012; Faisal-Cury & Menezes, 2006). De modo semelhante ao que ocorreu no presente estudo, uma das pesquisas revisadas fornece evidências de que é o número elevado de filhos que está relacionado a maiores escores de sintomas de transtornos mentais (Urdaneta et al., 2010). Em conjunto, esses resultados apontam para a importância do acesso a estratégias de planejamento familiar eficazes, que podem atuar como fator protetivo contra sintomas de transtornos mentais, já que favorecem a autonomia e a segurança do casal ou da mulher na tomada de decisões quanto ao crescimento da família. O Programa de Saúde da Família (PSF) oferece este serviço por meio de uma equipe multidisciplinar, que tem por objetivo educar a população sobre a concepção e a contracepção de filhos, saúde sexual e saúde reprodutiva. Contudo, é possível que ainda existam déficits na efetivação dessa estratégia com relação à capacitação dos seus profissionais e à abrangência da população atendida.

A escolaridade materna esteve negativamente correlacionada com a depressão pós-parto e a análise de regressão também confirmou o poder preditivo dessa variável. Esse resultado é consistente com os achados de vários dos estudos revisados (Alvarenga et al., 2012, Economou et al., 2013; Morais et al., 2015; Ruschi et al., 2007; Silva et al., 2010). É possível que o maior acesso à educação e à escolarização possibilite à mulher maior suporte cognitivo e talvez também social, para que ela possa desenvolver recursos emocionais e comportamentais para lidar com a complexidade das demandas geradas pela chegada de um bebê, sem tornar-se excessivamente vulnerável aos problemas e condições adversas que eventualmente poderá enfrentar. Por um lado, o desenvolvimento de habilidades cognitivas é essencial para a resolução de problemas (Maia & Lobo, 2013), e em contextos de vulnerabilidade social, o sistema de ensino público é muitas vezes o principal promotor do desenvolvimento no domínio da cognição. Por outro lado, ainda considerando contextos de vulnerabilidade, a escola também pode ser uma importante fonte de apoio social, na qual professores e outros profissionais podem fornecer orientações e modelos comportamentais a respeito de como lidar com desafios e adversidades. Assim, mesmo com todas as limitações e precariedade de algumas escolas públicas, o menor tempo de exposição a esse tipo de ambiente pode significar menor acesso ao conhecimento, à instrução e ao apoio social, o que pode ter um impacto significativo no que diz respeito à saúde mental no contexto da maternidade. Nesse sentido, esses achados sugerem também que a qualificação do ensino público e de estratégias para evitar a evasão escolar poderiam minimizar sintomas de transtornos mentais, especialmente os depressivos, no pós-parto.

Outra variável que se destacou nas análises foi a coabitação com o pai do bebê. Embora não se trate de uma variável diretamente relacionada à vulnerabilidade social, é importante compreender o impacto que essa condição pode ter nesse contexto. O grupo de mães que não coabitava com o pai do bebê apresentou um escore médio de depressão pós-parto equivalente a quase o dobro do escore médio das mães que coabitavam com o parceiro. Esse achado mostra que a convivência com pai do bebê pode

atuar como fator protetivo da depressão pós-parto, o que corrobora alguns estudos revisados (Almeida et al., 2012, Thiengo et al., 2012). O apoio da família favorece a promoção de cuidado e a distribuição de tarefas e responsabilidades, o que diminui a sobrecarga da mulher frente aos cuidados com o bebê. Dessa forma, a convivência com o pai do bebê configura-se como mais uma rede de suporte para promoção da saúde mental materna. No contexto de vulnerabilidade social, a presença do pai pode ter um papel ainda mais preponderante uma vez que a mulher dispõe de menos recursos para contratar cuidados alternativos para o bebê ou pagar por qualquer outro tipo de serviço ou auxílio para as tarefas domésticas.

As demais variáveis analisadas como a renda, a idade da mãe e o *status* ocupacional, não estiveram relacionadas aos transtornos mentais comuns e à depressão pós-parto. Embora alguns estudos tenham encontrado correlações entre a renda familiar e a saúde mental materna (Faisal-Cury & Menezes, 2006; Figueira et al., 2011; Greinert & Milani, 2015), é interessante ressaltar que a amostra referida no presente artigo possui uma variabilidade de renda reduzida e que este fator pode ter limitado as análises realizadas. No que diz respeito ao *status* ocupacional, não foram encontrados estudos revisados que se referissem ao período pós-parto da mulher, o que nos leva a necessidade de novos estudos sobre este fator correlacionado com a saúde mental materna. Quanto a variável idade da mãe, alguns dos trabalhos revisados também não encontraram correlações com a presença de Transtornos Mentais Comuns e Depressão pós-parto (Almeida et. al., 2012; Alvarenga et al., 2012; Cantilino et al., 2010; Guedes et al., 2011).

É importante ressaltar que o presente estudo possui algumas limitações, como a seleção da amostra por conveniência, tamanho de amostra pequeno e limitação geográfica concentrada em duas regiões próximas em uma capital do nordeste do Brasil. Apesar dessas limitações este estudo confirma as relações entre algumas variáveis associadas à vulnerabilidade social e à saúde mental materna nos primeiros meses de vida do bebê. O maior tempo de escolarização, o menor número de filhos e a coabitação com o pai do bebê foram fatores protetivos nesse contexto. Desse modo, o investimento na educação pública e na disseminação de estratégias eficazes de planejamento familiar parecem aspectos fundamentais para a promoção da saúde mental de mulheres com filhos pequenos. Adicionalmente, o acesso a grupos ou outros tipos de estratégias de apoio social para mães que não contam com a participação efetiva do pai do bebê nos primeiros meses de vida, também pode ser um tipo de ação eficaz nesse sentido. Como sugestão para futuros estudos, é fundamental investigar essas relações no nosso país, utilizando amostras maiores e randomizadas, assim como avaliar a eficácia de estratégias que visem a minimizar os efeitos da vulnerabilidade social sobre a saúde mental materna, favorecendo, assim, o bem-estar e o desenvolvimento social da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Recuperado em: <http://unesdoc.unesco.org/iMages/0012/001271/127138por.pdf>
- Aliane, P. P., MaMede, M. V., & Furtado, E. F. (2011). Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. *Psicologia em Pesquisa*, 5(2), 146-155. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198212472011000200007&lng=pt&tlng=.
- Alhusen, J. L. (2008). A Literature update on Maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 315-328. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x

SAÚDE MENTAL MATERNA E VULNERABILIDADE SOCIAL

- Almeida, M. S. de, Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., & Schmidt, M. I. (2012). Transtornos Mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 385-394. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200017
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (prelo). Stressful Life Events and Women Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia*
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Alfaya, C. A. S., Lordelo, E. R., & Piccinini, C. A. (2012). Relações entre a saúde Mental da gestante e o apego Materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 477-484. doi: 10.1590/S1413-294X2012000300017
- Alvarenga, P., Palma, E. M. R., Silva, L. M. A., & Dazzani, M. V. (2013). Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. *Interação Psicológica*, 17(1), 47-57. doi: 10.5380/psi.v17i1.20159
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. R. N., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do Município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(3), 333-340. doi: 10.1590/S1519-38292008000300013
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psicologia: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&tlng=pt
- Brito, C. N. O., Alves, S. V., Ludermir, A. B., & Araújo, T. V. B. (2015). Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Revista Saúde Pública*, 49, (33), 01-09. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005257
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Albuquerque, T. L. C., Paes, J. A., Montenegro, A. C. P., & Sougey, E. B. (2010). Depressão pós-parto em Recife - Brasil: prevalência e associação com fatores biossociodemográficos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 1-9. doi: 10.1590/S0047-20852010000100001
- Caughy, M. O., Huang, K. Y., & Lima, J. (2009). Patterns of conflict interaction in Mother toddler dyads: Differences between depressed and non-depressed Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 10-20. doi: 10.1007/s10826-008-9201-6
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DiPietro, J. A., Novak, M. F. S. X., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Relsing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77(3), 573-587. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00891.x
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314. doi:10.1016/j.jad.2012.08.008
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 171-178. doi: 10.1590/S0100-72032006000300006
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deedsa, O., Ascencio, I., & Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal Outcome. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 23-29. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.004
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008

- Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva, H. C. Filho. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 71-75. doi: 10.1590/S0101-81082011005000009
- Fisher, J., Mello, M. C. de; Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal Mental disorders in women in low- and lower-Middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of world health organization*, 90, 139-149. doi: 10.2471/BLT.11.091850
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017
- Greinert, B. R. M., & Milani, R. G. (2015). Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicologia teoria e prática*, 17(1), 26-36. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872015000100003&lng=pt&tlng=pt
- Guedes A. C. E., Kami C. T., Cavalli L. K. V., Nicolaou S. K., Hess V. B., & Maluf E. M. C. P. (2011). Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados/Postpartum depression: incidence and risk factors associate. *Revista Medicina*, 90(3), 149-154. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v90i3p149-154
- Kerber, S. R, Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2011). Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*, 33(6), 281-287. doi: 10.1590/S0100-72032011000600004
- Maia, D. S., & Lobo, B. O. M. (2013). O desenvolvimento da habilidade de solução de problemas interpessoais e a convivência na escola. *Psicologia em Revista*, 19(1), 17-29. doi: 10.5752/P.1678-9563.2013V19N1P17
- Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15(3), 651-9. doi: 10.1017/S0033291700031500
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, 148, 23-26. doi: 10.1192/bjp.148.1.23
- McCoy, S. J. B., Beal, M., Shipman, S. B. M., Payton, M. E., & Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), p. 193.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. da, Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70. doi: 10.1590/S0034-89102006000100011
- Morais, M. L. S., Fonseca, L. A. M., David, V. F., Viegas, L. M., & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 40-49. doi: 10.5935/1678-4669.20150006
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Risk factors for impaired development in children attended at family health units at the end of the first year of life: socio-demographic aspects and maternal mental health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 215-226. doi: 10.1590/1413-81232014191.1904
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô, A. F., Zandonade, E., & Lima, V. J. de. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do*

SAÚDE MENTAL MATERNA E VULNERABILIDADE SOCIAL

- Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082007000300006&lng=en&tlng=pt
- Silva, R. A., Ores, L. C., Mondin, T. C., Rizzo, R. N., Moraes, I. G. S., Jansen, K., & Pinheiro, R. T. (2010). Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1832-1838. doi: 10.1590/S0102-311X2010000900016
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Lima, A. C. C., Riegel, R. E., & Lopes, B. C. (2007). Comparing validity of Edinburgh scale and SRQ20 in screening for post-partum depression. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(18), 1-5. doi:10.1186/1745-0179-3-18
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 416-426. doi: 10.1590/S1414-462X2012000400003
- Urdaneta, M., José, R. S., Ana, G. I., José, G. V., Mery, B. Z., Nasser, & Contreras B, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto em primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320. doi: 10.4067/S0717-75262010000500007