



Saúde mental de mães de crianças entre 15 e 36 meses da coorte BRISA – São Luís, Maranhão

Mental health of mothers of children between 15 and 36 months of the BRISA cohort - São Luís, Maranhão

Stéfannie Cardoso Benassule¹ , Milady Cutrim Vieira Cavalcante² , Fernando Lamy-Filho³ 

RESUMO

Objetivo: Descrever características demográficas, socioeconômicas, de hábitos de vida e de saúde mental de mães residentes em São Luís - Maranhão. **Métodos:** Este estudo utilizou dados de 3.215 mães que participaram da coorte BRISA, avaliadas na ocasião do nascimento e seguimento de crianças entre 15 e 36 meses de vida. Foi utilizado questionário para coletar dados demográficos, socioeconômicos e de hábitos de vida, além de três instrumentos para avaliação da saúde mental materna: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS 14) e a versão brasileira do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A análise estatística descritiva foi realizada pelo Stata 12.0. **Resultados:** A taxa de resposta do estudo foi de 62,2%. Predominaram mães de 20-34 anos, cor da pele parda, que possuíam companheiro, cursaram entre o segundo grau incompleto a superior completo e que recebiam até três salários mínimos. Verificou-se que 17,8% das entrevistadas apresentaram sintomas de estresse e 7,5% de depressão. Sofrimento psicológico esteve presente em 22,7% das mulheres avaliadas ao longo do segundo e terceiro anos de vida de seus filhos. **Conclusão:** Os dados refletem características relevantes sobre a saúde mental das mães de São Luís-Maranhão, ressaltando a importância da incorporação pelos serviços de saúde, de ações regulares de prevenção, detecção precoce e tratamento relacionados à saúde mental desse público.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Maternidades; Depressão; Mães; Mulheres.

ABSTRACT

Objective: Describing the demographic, socioeconomic, lifestyle, and mental health characteristics of mothers living in São Luís - Maranhão. **Methods:** This study used data from 3,215 mothers who participated in the BRISA cohort, assessed at the time of birth and follow-up of children between 15 and 36 months of age. A questionnaire was used to collect demographic, socioeconomic, and lifestyle data, in addition to three instruments for assessing maternal mental health: Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), Perceived Stress Scale - PSS 14, and the Brazilian version of the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). A descriptive statistical analysis was performed using Stata 12.0. **Results:** The study's response rate was 62.2%. Mothers between 20-34 years old, brown skin color, who had a partner, attended between incomplete high school and complete higher education and who received up to three minimum wages predominated. It was found that 17.8% of the interviewees had symptoms of stress and 7.5% of depression. Psychological suffering was present in 22.7% of women assessed over the second and third years of their children's lives. **Conclusion:** The data reflect relevant characteristics about the mental health of mothers in São Luís-Maranhão, emphasizing the importance of incorporating regular actions for prevention, early detection, and treatment related to the mental health of this public by health services.

Keywords: Mental Health; Maternity; Depression; Mothers; Women.

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís (MA), Brasil.

² Hospital Universitário, UFMA, São Luís (MA), Brasil.

³ Departamento de Medicina 1, UFMA, São Luís (MA), Brasil.

✉ Stéfannie Cardoso Benassule. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP: 65020-070. São Luís (MA), Brasil.

scb.to@hotmail.com | Recebido em: 02/03/2020 | Aprovado em: 21/09/2020



INTRODUÇÃO

O aumento do risco de problemas de saúde mental durante a gravidez, o parto e o pós-parto já estão estabelecidos na literatura^{1,2,3,4,5}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como “estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva e contribuir para sua comunidade”⁶.

Embora o nascimento de uma criança, na maioria das vezes, configure como um momento de alegria, trata-se de um evento que também representa grandes transformações na vida da mulher^{7,8,9}, com a presença de uma infinidade de mudanças bruscas, podendo ser reconhecido como um evento de vida estressante¹⁰, que pode gerar problemas psicológicos^{7,8,9}.

A mulher grávida sofre mudanças fisiológicas e psicológicas ao mesmo tempo que é submetida a uma transição ocupacional em que há alteração dos papéis exercidos até então e do perfil de suas ocupações, resultando na necessidade de reorganização do cotidiano¹¹.

Essas mudanças podem gerar sentimento de tristeza ou ansiedade na mulher, em diferentes níveis, conforme contexto social em que estão inseridas¹. Além disso, outros eventos estressores vivenciados durante a maternidade como trabalho, trânsito e questões financeiras, presentes de forma persistente, também podem levar ao adoecimento e acarretar diversos prejuízos ao bem-estar físico, emocional e social das mães, bem como gerar repercussões na saúde das crianças¹².

Dentre essas formas de adoecimento está a depressão materna, que apresenta influência negativa sobre a saúde da mulher, na sua relação com a família e com o recém-nascido, dificultando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, o aleitamento materno e trazendo consequências para o desenvolvimento infantil sob vários aspectos^{2,9,13}. Bebês que interagem regularmente com uma mãe deprimida expressam mais emoções negativas e menos emoções positivas. Alguns até resistem aos esforços da mãe para amamentá-los; outros se recusam terminantemente a comer¹⁴. Todos esses efeitos podem predispor o bebê a desenvolver problemas posteriores.

Costa et al.⁵ evidencia que a saúde mental deve ser um fator considerado no momento do pré e pós-natal, buscando a interrupção precoce desse processo de adoecimento, porém, segundo o autor, essa detecção ainda não ocorre de forma adequada. Para tal, é destacada a necessidade de capacitações da equipe multiprofissional, viabilizando uma triagem adequada e a identificação precoce dos sintomas, podendo intervir e minimizar as consequências dos transtornos mentais^{1,5,15}. Também o apoio emocional, as orientações e medidas de conforto podem reduzir a ansiedade, o medo e consequentemente os seus efeitos adversos¹⁶.

Estudos envolvendo a avaliação da saúde mental materna vem sendo desenvolvidos de forma recorrente na literatura devido ao aumento da prevalência de transtornos mentais na sociedade¹³, porém ainda apresentam limitações, principalmente relacionadas ao tamanho da amostra, dificultando a generalização dos dados^{5,17,18}.

Nesse contexto, esta pesquisa objetivou descrever características demográficas, socioeconômicas, de hábitos de vida e de saúde mental de mães residentes em São Luís, Maranhão, visando contribuir com estudos de prevalência de saúde mental.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma coorte prospectiva intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: Coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA”. Para este recorte foram utilizados dados da cidade de São Luís, a capital do estado do Maranhão.

Foram elegíveis mulheres residentes em São Luís que tiveram partos realizados nas maternidades com número acima de 100 partos por ano. Não foram incluídos os casos de gemelares, adoção, abandono, mães usuárias de drogas ou detentas ou ainda, aqueles casos em que o acompanhante não detinha as informações necessárias.

A amostra da coorte de nascimento foi estratificada por maternidade, com quota proporcional ao número de partos, sendo excluídas aquelas com menos de 100 partos ao ano. O tamanho mínimo da amostra do nascimento foi fixado em 5000.

Foi realizada amostragem sistemática, em que era sorteada uma mulher a cada três nascimentos¹⁹.

Os dados da coorte BRISA foram coletados em duas fases, sendo a primeira na coorte de nascimento, realizada no período de janeiro a dezembro de 2010. Nesta etapa, 7.133 mulheres foram sistematicamente randomizadas, onde 5.475 foram elegíveis por serem residentes em São Luís e 5.167 foram efetivamente entrevistadas na ocasião do nascimento de seus filhos, quando foram coletadas as informações demográficas, socioeconômicas e de hábitos de vida.

E a segunda etapa, ao longo do segundo e terceiro anos de seus filhos, em que essas mulheres foram convidadas, via contato telefônico, a participar da etapa de segmento da pesquisa. Destas, 3.215 mulheres foram avaliadas quanto à saúde mental no período de abril de 2011 a março de 2013. Caso não comparecesse no dia agendado, era realizado novo convite e uma nova data era marcada. Quando não foi possível o contato telefônico, foi realizada busca ativa destas mães através do endereço. Persistindo o não-comparecimento, como último recurso, foram enviadas entrevistadoras à casa das mulheres para realização da coleta de dados. Excluindo-se aquelas com dificuldade de localização e recusa das mães.

A fim de minimizar a influência dessa perda na análise, foi realizada ponderação dos dados, que levou em consideração as diferenças da distribuição de duas variáveis (classificação econômica e idade gestacional) no grupo de perdas e no grupo efetivamente analisado.

Para este recorte de caráter descritivo, foram utilizados dados demográficos, socioeconômicos e de hábitos de vida, avaliados na ocasião do nascimento e de saúde mental das entrevistadas, avaliados na ocasião do seguimento.

Foi utilizado questionário contendo características demográficas (idade da mãe, cor da pele, número de filhos, gravidez atual planejada), socioeconômicas (escolaridade, atividade remunerada, renda familiar) e de hábitos de vida (consumo de álcool e fumo durante a gravidez). A avaliação da saúde mental foi realizada a partir de três instrumentos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* – PSS 14) e versão brasileira do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

A EPDS é a mais utilizada para rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam após o parto por ser de fácil aplicação e interpretação. Foi proposta por Cox, Holden e Sagovsky²⁰, sendo posteriormente validada para a população brasileira por Santos et al.²¹. Consiste em um instrumento de autorresposta composta por dez itens, cujas opções são pontuadas de zero a três, de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valores iguais ou superiores a 12²².

Sintomas de estresse materno foram investigados pela PSS 14 - proposta por Cohen e Williamson²³ e validada para a população brasileira por Luft et al.²⁴. Trata-se de uma medida global, autorreferida que permite verificar em que grau as situações da vida de um indivíduo são percebidas como fatores estressores. Esta escala é composta por 14 itens que relacionam acontecimentos e situações ocorridos nos últimos 30 dias com opções de respostas que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre)²³.

As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse extremo)²⁴. Neste estudo, valores menores ou iguais a 30 representaram ausência de sintomas de estresse materno e, maiores que este valor, presença de sintomas de estresse²³.

A presença de sofrimento psicológico materno, por sua vez, foi verificada por meio da versão brasileira do SRQ-20 instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde para uso em populações de países em desenvolvimento, que tem sido amplamente utilizado no Brasil²⁵. Este instrumento avalia a existência de sofrimento psíquico ou distúrbios psiquiátricos menores e foi validado para a população brasileira por Mari e Williams²⁶. É considerado de rápida e fácil aplicação, com bons índices de confiabilidade e com alto poder de discriminação de casos. Além disso, configura-se como valiosa ferramenta para estudos de base populacional voltado para a identificação de casos psiquiátricos não-psicóticos²⁷. É formado por 20 questões cujas

respostas (sim ou não) determinam um escore, com o qual será possível identificar presença de sofrimento psicológico e provável caso de transtorno mental comum. A pontuação é feita com contagem simples das respostas afirmativas, tendo mínimo de zero e máximo de 20²⁸. Sete ou mais respostas positivas foram consideradas como presença de sofrimento psicológico²⁶.

Foi utilizada análise descritiva em que as variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e variáveis quantitativas por média. O programa estatístico utilizado foi Stata® versão 12.0.

O BRISA obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (Parecer substanciado nº 223/2009) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Ofício nº 4116/2008) e atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, vigentes à época.

RESULTADOS

A taxa de resposta do estudo foi de 62,2% (n=3.215) em relação às mães entrevistadas na ocasião do nascimento de seus filhos (n=5.167), sendo as perdas decorrentes, principalmente, de recusa e dificuldade de localização das mães. A caracterização demográfica, socioeconômica e de hábitos de vida da amostra em questão estão descritas na Tabela 1.

Predominaram mães na faixa etária de 20-34 anos (73,8%), com companheiro (80,6%), que referiram cor da pele parda (67,7%) seguida de cor branca (17,9%).

Também foram mais prevalentes mães com segundo grau incompleto a superior completo (76,6%) e que recebiam até três salários mínimos (66,6%). Quanto ao número de filhos, 80,8% das mães possuíam até dois filhos, sendo que 68,3% relataram não ter planejado a gravidez atual.

Em relação aos hábitos de vida analisados neste estudo, a porcentagem de fumo foi de 10%, enquanto 3,6% pararam o consumo durante a gestação. O consumo de bebida alcoólica foi de 14,0% durante esse período (Tabela 1).

Quanto à saúde mental, verificou-se que 17,8% das entrevistadas apresentaram sintomas de estresse e 7,5% sintomas de depressão, que foram identificados ao longo do segundo e terceiro anos de vida de seus filhos (Tabela 2).

Tabela 1

Características demográficas, socioeconômicas e de hábitos de vida de mães de crianças entre 15 e 36 meses da Coorte BRISA - São Luís, 2013.

Variáveis	n (%)
Idade da mãe (anos)	
<15	22 (0,7)
15-19	550 (17,1)
20-34	2.372 (73,8)
≥35	271 (8,4)
Cor da pele*	
Branca	567 (17,9)
Preta/negra	426 (13,2)
Pardo	2.179 (67,7)
Amarelo/oriental/indígena	39 (1,2)
Situação conjugal	
Com companheiro	2.598 (80,6)
Sem companheiro	617 (19,4)
Nº de filhos*	
≤2	2.597 (80,8)
>2	607 (19,2)
Escolaridade da mãe	
Até primeiro grau completo	731 (23,4)
Segundo grau incompleto a superior completo	2.472 (76,6)
Atividade remunerada	
Sim	1.101 (34,4)
Não	2.114 (65,6)
Renda familiar (SM)*	
Até 3	1.790 (66,6)
≥3 e <5	439 (16,0)
≥5	440 (17,4)
Consumo de bebida alcoólica durante a gravidez	
Sim	449 (14,0)
Não	2.766 (86,0)
Fumo durante a gravidez	
Fumante/parou durante gravidez	110 (3,6)
Fumante/não parou durante gravidez	214 (6,7)
Não fumante	2.891 (89,7)
Gravidez atual planejada*	
Sim	1.016 (31,7)
Não	2.195 (68,3)

*n inferior a 3.215. SM – Salários Mínimos. SUS – Sistema Único de Saúde.

Tabela 2

Características relacionadas à saúde mental de mães de crianças entre 15 e 36 meses da Coorte BRISA - São Luís, Maranhão, 2013.

Variáveis	Instrumento de avaliação	n (%)
Sintomas de estresse	PSS 14	572 (17,8)
Sintomas depressivos	EPDS	241 (7,5)
Sofrimento psicológico	SRQ-20	730 (22,7)

PSS 14 - *Perceived Stress Scale* (Escala de Estresse Percebido). EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. SRQ 20 - *Self Reporting Questionnaire*.

DISCUSSÃO

Considerando que a maternidade acarreta mudanças na vida das mulheres e pode aumentar os riscos de problemas de saúde mental, faz-se relevante conhecer indicadores de saúde mental materna, dentre os quais, seu perfil demográfico, socioeconômico e de hábitos de vida.

Os resultados deste estudo apresentam similaridade com o perfil das mães brasileiras apontado em estudos nacionais. Costa et al.⁵ ao associar diagnósticos de transtornos mentais em gestantes e as condições dos recém-nascidos em São Paulo, identificaram mediana de idade de 25,5 anos, prevalência de mulheres com companheiro de 80,7%, escolaridade predominante superior a oito anos (82,3%), relataram renda abaixo de um salário mínimo entre 66,3% e etnia não branca auto-referida entre 56% delas.

No estudo de Procópio²⁹, que objetivou avaliar traços de personalidade, níveis de ansiedade, depressão, estresse e vínculo mãe-bebê em mulheres no ciclo gravídico-puerperal e que os dados foram coletados de forma online por um instrumento destinado a mães brasileiras, a prevalência de mulheres com companheiro foi de 95,5%, a escolaridade predominante foi de pós-graduação (40,9%), a renda predominou entre 4 a 5 salários mínimos (31,8%) e 69,7% referiram cor de pele branca. As diferenças encontradas podem ser atribuídas ao fato da maior taxa de resposta (68,2%) do estudo de Procópio ter sido de mães da região Sudeste.

O elevado número de mães que declararam ter companheiro (80,6%) quando perguntada sobre a situação conjugal neste estudo, é congruente

com os resultados apresentados por Costa et al.⁵ e Procópio²⁹. Tal contexto pode refletir um resultado positivo, pois segundo a literatura, mães com relações mais positivas e íntimas se beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros, apresentando geralmente um envolvimento mais favorável com o bebê³⁰. Ao passo que, pais solteiros ou que somente coabitam, tendem a ter relações mais instáveis, afetando a capacidade das mães de proporcionar um ambiente estimulante, particularmente logo após o nascimento de uma criança, quando muitas se sentem emocionalmente vulneráveis³¹.

Em relação ao trabalho, no estudo de Silva et al.³² realizado em Belém-Pará, 46% dos participantes declararam não trabalhar. Valores semelhantes ao identificado neste estudo em que 65,6% não exerciam atividade remunerada. Também no estudo de Guiginski e Wajnman³³, realizado em seis regiões metropolitanas brasileiras, observou-se que as mulheres com filhos pequenos são as que exibiam maior taxa de desemprego (11,2%). Verifica-se que a maternidade demanda custos e cuidados com o filho (higiene, saúde, alimentação, entre outros), que podem ser fontes de estresse e sofrimento psicológico para a população materna³⁴.

Outra importante característica entre as mães deste estudo foi o número de mulheres que declarou não ter planejado a gravidez atual (68,3%), o que demanda súbita adaptação à nova realidade, apesar de 80,8% delas já vivenciarem a maternidade. Sabe-se que a vivência de uma gravidez não planejada ou não desejada é considerada estressor psicossocial e fator de risco materno, pois eleva o risco de depressão gestacional³⁵. O elevado número de filhos também é um fator relacionado ao aumento de sintomas de transtornos mentais comuns¹⁸. Esse contexto nos sugere a necessidade da maior abrangência e fortalecimento das ações de planejamento familiar, de modo a auxiliar os pais na chegada do próximo filho, na medida em que este é fator protetivo para a saúde da mulher¹⁸.

O consumo de bebida alcoólica durante a gestação foi relatado por 14% das participantes deste estudo, inferior a outros achados da literatura, onde as taxas alcançaram 36,9% no sul de Santa Catarina³⁶ e 60% no município de Rio Branco-AC³⁷. A diferença destes achados pode ser decorrente da variedade de hábitos de vida

entre a população brasileira e devido à coleta destes dados ter sido realizada em 2010, pois a cada ano, avança o consumo de drogas lícitas e ilícitas na população³⁷.

Os efeitos adversos do uso do álcool durante a gravidez são inúmeros, tanto para a mulher quanto para o feto. Para a mulher, pode favorecer a utilização de outras drogas, provocar menor adesão ao pré-natal e interferir no ganho de peso gestacional adequado³⁷. As principais complicações causadas ao feto, por sua vez, são síndrome alcoólica fetal, alterações neurológicas e musculoesqueléticas³⁸.

No presente estudo, a prevalência de fumantes chegou a 10%, sendo que 6,7% das entrevistadas não parou o uso durante a gravidez. No estudo de Maria et al³⁶, os achados são semelhantes, apresentando prevalência de 14% em sua amostra. O consumo de tabaco durante a gestação pode causar aborto espontâneo, hipóxia fetal, redução do crescimento fetal, baixo peso ao nascer e problemas respiratórios³⁸. Os dados referentes ao uso de álcool e tabaco durante a gestação suscitam reflexões relacionadas à necessidade de fortalecimento do pré-natal e das práticas educativas em saúde.

Essa caracterização é importante pois a literatura evidencia que baixa escolaridade e renda, desemprego, ausência de suporte social, familiar ou marital, instabilidade nos relacionamentos, gravidez não desejada, dependência de álcool, tabaco e outras drogas constituem risco para o surgimento de quadros depressivos durante a gestação¹.

Os dados referentes à saúde mental, neste estudo, demonstram que os sintomas depressivos estavam presentes em 7,5% das mulheres entrevistadas. Em uma revisão sistemática da literatura, Fisher et al.³⁹ identificaram prevalência de problemas de saúde mental materna em países de baixa e média renda em torno de 15,6% no pré-natal e 19,8% no pós-natal. A depressão é considerada a quarta doença mais frequente no mundo, sendo o distúrbio mental mais prevalente na gravidez e no pós-parto^{40,41}. Os índices de depressão gestacional em países desenvolvidos variam entre 10% a 15%, alcançando 20% em países em desenvolvimento¹.

Outros estudos, nacionais e internacionais utilizando a mesma escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), revelam taxas ainda mais elevadas com 21,9% no Paraná, Brasil¹⁵ e 27% nas Maldivas⁴². Porém, ambos foram realizados no

puerpério, que representa um período repleto de transformações, em que as mulheres podem estar mais vulneráveis. Neste estudo, as mães foram entrevistadas, em média, 18 meses após nascimento de seus filhos e apresentaram perfil com melhores níveis de escolaridade e maior presença de apoio conjugal.

Outro estudo nacional realizado em maternidades públicas, privadas e mistas, que entrevistou 23.894 mulheres no período entre 6 e 18 meses após o parto em 191 municípios brasileiros identificou estimativas ainda mais elevadas, com 26% casos de depressão, sendo mais frequente entre as mulheres de baixa condição social e econômica, pardas e indígenas, que não possuíam companheiro, não desejavam a gravidez e que já possuíam três ou mais filhos⁹. Esses resultados revelam a elevada prevalência de problemas de saúde mental entre mães com perfil semelhante às das mulheres entrevistadas neste estudo e suscitam a importância de ações voltadas para acompanhamento da saúde mental materna desde o pré-natal.

Os sintomas de estresse estiveram presentes em 17,8% das entrevistadas. As situações estressoras citadas na literatura são diversas, como o período pós-parto, o cansaço materno, a falta de sono, o adoecimento do bebê, o fato de ter a vida regrada pelos horários e necessidades do filho e até mesmo a intromissão das avós a respeito dos cuidados com o bebê³⁴. O estudo de Silva et al.³², ao associar o estresse com a pobreza, demonstrou que elevados níveis de estresse têm relação significativa com alterações do desenvolvimento infantil. Também há evidências que os níveis de estresse são mais elevados nas classes socioeconômicas mais baixas e fortemente associados à ocorrência de prejuízos na relação mãe-filho¹⁹.

De acordo com o SRQ-20, o sofrimento psicológico esteve presente em 22,7% das mulheres avaliadas neste estudo. Dados revelam que este é um fenômeno prevalente⁴³ em diferentes países, como demonstrado no estudo de Alghadeer et al.⁴⁴, realizado na cidade de Riyadh, na Arábia Saudita, em que 28,5% da população atendida pela atenção primária apresentava problemas de saúde mental.

Também no estudo de Baumgartner et al.⁴⁵, que objetivou descrever o estado de saúde mental materna na região de Amhara, na Etiópia, 19,8% das mães entrevistadas apresentaram sofrimento

psicológico. Tais achados evidenciam a relevância desta temática, visto que a alta prevalência de sofrimento psicológico parece estar presente em contextos mais vulneráveis, como dos países em desenvolvimento.

Há similaridade dos dados deste estudo também com estudos nacionais demonstrando que os transtornos mentais estão cada vez mais presentes na população brasileira. No estudo de Alvarenga, Souto, Oliveira e Santana¹⁸, realizado em Salvador-Bahia, a prevalência de mães com suspeita de transtorno mental foi 26,7%. Um estudo transversal, realizado com a população da cidade de Montes Claros-MG, identificou 23,2% de indivíduos com transtorno mental comum²⁸.

Verifica-se assim, que os resultados deste estudo reforçam a importância de um acompanhamento às mães ao longo dos primeiros anos de vida de seus filhos, no sentido de identificar precocemente alterações de sua saúde mental, para que ocorram os devidos encaminhamentos de forma oportuna para tratamento. Ações preventivas e de apoio emocional também são fundamentais para tentativa de minimizar essa prevalência e seus efeitos adversos que geram consequências para as mães e seus filhos.

O tamanho da amostra constituiu ponto forte deste estudo onde foi possível identificar a prevalência de problemas de saúde mental na população materna de São Luís, Maranhão. A acentuada perda de seguimento comum em estudos de coorte, no entanto, poderia ser considerada uma limitação, porém foi minimizada pela utilização da ponderação para análise dos dados.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra a presença de relevantes características relacionadas à saúde mental das mães de São Luís, Maranhão, permitindo que seja ressaltada a importância da detecção precoce de alterações na saúde mental maternas, desde o pré-natal. É necessário que os serviços de saúde incorporem ao acompanhamento da saúde materna, ações regulares voltadas para prevenção, detecção precoce e tratamento dos casos. Além disso, sabe-se que o sofrimento psicológico vem crescendo na população mundial, sendo

importante que estudos posteriores além de caracterizar o perfil dessas mães, investiguem prevalência, fatores associados e eficácia de estratégias de suporte a este público.

REFERÊNCIAS

1. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clín* 2008;35(4):144-53.
2. Schmidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF* 2005;10(1):61-68.
3. Guerra MJ, Braga MC, Quelhas L, Silva R. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2014 Abr;117-124.
4. Greinert BRM, Milani RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicol. teor. prat* 2015 abr;17(1):26-36.
5. Costa DO, Souza FID, Pedrosa GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018;23(3):691-700.
6. World Health Organization [https://www.who.int/]. Mental health: strengthening our response [cited 2020 Feb 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.
7. Moura ERF, Silva RM. Assistência humanizada ao parto a partir de uma história de vida tóptica. *Acta Paul* 2006;17(2):141-7.
8. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. *Rev. enferm. UERJ* 2010;18(2):32-37.
9. Nascer no Brasil - inquérito nacional sobre parto e nascimento. In: Sumário Executivo Temático da Pesquisa [online]. 2014 [acesso em 21 ago 2020]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.
10. Terry DJ, Mayocchi L, Hynes GJ. Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol* 1996;105(2):220-231.
11. Domínguez MM, Rivas-Quarneti N, Gonzalo NG. I gave birth to him and he gave me my life: study of occupational transition linked to motherhood of two women with mental disorders. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* 2018;26(2):271-285.
12. Brito A, Faro A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Rev Psicol Pesq* 2016;10(1):64-75.
13. Irurita-Ballesteros C, Falcão DVS, Rocinholi L, Landeira-Fernandez, J. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos

- dois primeiros anos. *Contextos Clínic.* São Leopoldo 2019;12(2):451-475.
14. Coulthard, H, Harris G. Early food refusal: the role of maternal mood. *Journal of reproductive and infant psychology* 2003;21(4):335-345.
 15. Andrade M, Demitto MDO, Dell Agnolo CM, Torres MM, Carvalho MDD, Peloso SM. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Rev Port Enferm de Saúde Mental* 2017 dez;(18):8-13.
 16. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr JG, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 24]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/full>
 17. Rodrigues OMPR, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2011;33(9):252-257.
 18. Alvarenga P, Souto LN, Oliveira HPD, Santana LG. Variáveis sociodemográficas e saúde mental materna em contexto de vulnerabilidade social. *Psic., Saúde & Doenças* 2018;19(3):776-788.
 19. Cavalcante MCV, Filho FL, França AKTDC, Lamy ZC. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017;22(5):1683-1693.
 20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987;150(1):782-786.
 21. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) em uma amostra de mães do Estudo de Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23(11):2577-2588.
 22. Rusch GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VD. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2007;29(3):274-80.
 23. Cohen S, Williamsom GM. Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In: Spacapan S, Oskamp S. editors. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park: Sage;1988. p. 31-67.
 24. Luft CDB, Sanches SDO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública* 2007;41(4):606-615.
 25. Assunção AA, Silva LS. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(12):2473-2486.
 26. Mari JJ, Williams PA. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry* 1986;148(1):23-26.
 27. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(2):380-390.
 28. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AADS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(4):233-239.
 29. Procópio CVA. Traços de personalidade, estresse, ansiedade, depressão, apego e vínculo mãe-bebê no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo. Tese [Doutorado em Psicologia da Saúde] – Universidade Metodista de São Paulo; 2019.
 30. Figueiredo B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *Rev Int Psicol Clin Salud* 2003;3(3):521-539.
 31. Rosenkrantz S, Aronson S, Huston A. Mother-infant relationship in single, cohabiting, and married families: a case for marriage? *J Fam Psychol* 2004;18(1):5-18.
 32. Silva ICP, Cunha KC, Ramos EMLS, Pontes FAR, Silva SSC. Estresse parental em famílias pobres. *Psicol. Estud* 2019 <https://doi.org/10.4025/1807-0329e40285>.
 33. Guiginski J, Wajnman S. A penalidade pela maternidade: participação e qualidade da inserção no mercado de trabalho das mulheres com filhos. *R. Bras. Est. Pop* 2019;36:1-26.
 34. Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 2011;16(2):215-225.
 35. Silva MMJ, Lima GS, Monteiro JCS, Clapis MJ. Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 2020;16(1):1-12.
 36. Maria FN, Jornada LK, Sakae TM, Cassol Jr OJ, Sakae DY, Quevedo JL. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2016; 44(1):41-61.
 37. Maia JA, Rodrigues AL, Souza DR. Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional. *Revista Enfermagem Contemporânea* 2019;8(1):25-32.
 38. Ferreira BRM, Miranda JKS. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem* 2016;6(18):36-43.
 39. Fisher J, Mello MCD, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 2012;90(1):139-149.
 40. Barbosa, FDO, Macedo PCM, Silveira RMCD. Depressão e o suicídio. *Revista da SBPH* 2011; 14(1):233-243.

41. Pereira, PK, Lima LA, Legay LF, Santos JFDC, Lovisi GM. Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal: uma revisão sistemática. *Caderno Saúde Coletiva* 2011;19(1):2-10.
42. Abdul Raheem, R, Chih HJ, Binns CW. Factors associated with maternal depression in the Maldives: a prospective cohort study. *Asia Pacific Journal of Public Health* 2018;30(3):244-251.
43. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development* 2012;43(5):683-714.
44. Alghadeer SM, Alhossan AM, Al-Arifi MN, Alrabiah ZS, Ali SW, Babelghaith SD, et al. Prevalence of mental disorders among patients attending primary health care centers in the capital of Saudi Arabia. *Neurosciences* 2018;23(3):238-243.
45. Baumgartner JN, Parcesepe A, Mekuria YG, Abitew DB, Gebeyehu W, Okello F, et al. Maternal mental health in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional survey. *Global Health: Science and Practice* 2014;2(4):482-486.