

TRANSTORNOS MENTAIS NA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO, NA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP-BRASIL

MENTAL DISORDERS IN THE PREGNANCY, CHILDBIRTH AND PUERPERIUM, IN THE REGION OF THE RIBEIRÃO PRETO-SP, BRAZIL

Margarita A. Villa Luis*
Eliene Reis de Oliveira**

LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, E.R. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.32, n.4, p. 314-24, dez. 1998.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo levantar o número de pacientes atendidas no Setor de Urgências Psiquiátricas (SUP) e Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas (COHC) da FMRP-USP, com o diagnóstico 648.4 (Transtornos Mentais na Gravidez, Parto e Puerpério), conforme CID-9, no período de 1988 a 1993. Solicitou-se um registro ao hospital, contendo informações sobre os atendimentos destes serviços. A população constituiu-se de mulheres entre 15 e 29 anos cujos transtornos apresentados incluíram distúrbios psicóticos, quadros depressivos com ou sem tentativas de suicídio e transtornos mentais não especificados. Alguns desses distúrbios apresentaram-se em comorbidade com outros diagnósticos. Os resultados evidenciaram a necessidade do enfermeiro estar atento às manifestações sugestivas dos mesmos, bem como ajudar na busca de meios que facilitem a identificação de mulheres com alto risco.

UNITERMOS: Transtornos mentais. Período gravídico e puerperal.

ABSTRACT

The present study have found out the number of patients assisted at the sector of Psychiatric Urgencies (SUP) and at the Midwifery Clinic of the University Hospital at Ribeirão Preto (HC), with the diagnosis 648.4 (Mental Disorders in Pregnancy, Childbirth and Puerperium), according to CID-9, from 1988 to 1993. Authors searched for reports containing informations on the care provided in these services. The sample was formed by women from 15 to 29 old years, whose disorders include psychotic disorders, depressive cases with or without attempts of suicide and non-specified mental disorders. Some of this disorders showed in comorbity with others diagnostics. Resulting showed the need of nurses paying more attention to manifestations of these disorders and search for means to enable the identifications in the care provided at emergencies.

UNITERMS: Mental disorders. Circle-pregnancy and puerperium.

1 INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a função da enfermagem vai além de prestar unicamente assistência curativa; nos últimos tempos, passou-se a dar, cada vez mais, importância à assistência preventiva voltada para a comunidade. Assim, a enfermagem materno-infantil que no passado, segundo COZZUPOLI; BARBIERI (1988), restringia-se a assistir mãe e concepto, atualmente, vem sendo mais abrangente, atingindo além desse

binômio, os adolescentes e os jovens como pais em potencial. Essas autoras também preconizam, a implantação de cursos de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, que tenham uma assistência com ênfase na Obstetrícia Social, centrada na família.

Embora a saúde da mulher seja objetivo prioritário da OMS, esse órgão, através do seu diretor-geral, entende a saúde como um direito

* Prof^o Dr^o Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

** Enfermeira Bolsista Aperfeiçoamento CNPq

fundamental da população, muitas vezes sendo negado às mulheres em todo o mundo, uma vez que em muitos lugares, as meninas recebem dentre outros, menos alimentos e educação. Desvantagens essas que se arrastam até a idade adulta (LAURENTI, 1995).

Nos últimos tempos, tem-se dado atenção aos fatores específicos responsáveis pela mortalidade materna, tais como, a baixa escolaridade, a multiparidade, o estado prévio de saúde da mulher, particularmente desnutrição e anemias, a gestação na adolescência e a falta de um planejamento familiar que oriente as mulheres nos casos de gravidez de risco (LAURENTI, 1995).

Esses aspectos vêm sendo considerados pela equipe de saúde mediante a busca de estratégias para oferecer melhor assistência, e na preocupação em pesquisar os temas voltados para a saúde da mulher. Entretanto, na literatura brasileira de enfermagem não foram encontrados trabalhos que privilegiassem a ocorrência de transtornos mentais no decorrer do período gravídico puerperal.

A ocorrência de quadros depressivos concomitantes ou secundários a doenças orgânicas é fato bem estabelecido na literatura internacional (BECK et al., 1961, CAVANAUGH, 1983; CHARLES, 1982; COULEMAN, 1988). Quer como experiência de vida (tristeza), quer como manifestação psiquiátrica, a depressão é um dos fenômenos psíquicos que mais freqüentemente acompanha doenças orgânicas juntamente com a ansiedade. A detecção destes quadros tem importância prática, pois, sabe-se que: a morbimortalidade clínica está aumentada em indivíduos com sintomas depressivos; o tratamento da depressão instalada é prolongado, em certos casos exigindo a internação da paciente; a adesão ao tratamento é baixa. (CAVANAUGH, 1983; MACHADO et al., 1989).

Das várias classificações de psicoses que podem acometer um indivíduo, as psicoses puerperais constituem-se no mais grave distúrbio mental da maternidade, KENDELL et al. (1987) referem que o risco de internações por doença mental puerperal é de 2,2 para 1.000 nascimentos, sendo a maioria distúrbios psicóticos.

Com o nascimento de um filho espera-se em qualquer cultura que a mulher se torne feliz, mostre-se receptiva com ele e apta ao papel de mãe, sem negligenciar suas funções de esposa, dona de casa e outras inerentes à sua vida social. Exigências essas, solicitadas a revelia das alterações hormonais, bioquímicas e hidroeletrólíticas que estão se processando no seu organismo e da necessidade psicológica de estruturar um novo papel. O meio circundante espera que a mulher esteja contente com o evento e que seja "uma boa mãe" não levando em

conta as possíveis alterações na relação conjugal e familiar, ou se a sua inserção social é deslocada inclusive, com atividade ou carreira profissional interrompida (ROCHA, 1989).

Além disso, nos tempos de hoje, cada vez mais são perdidos os rituais e tabus relacionados ao puerpério, conseqüentemente, restringiu-se a fase de atenção e apoio da família e sociedade, esquecendo-se que neste momento a mulher se encontra mais vulnerável a distúrbios dentre eles os mentais. Quanto aos transtornos mentais no período gravídico-puerperal, a literatura enfatiza que a maioria das depressões pós parto ocorrem no espaço limitado dos três a seis meses após o nascimento do concepto (KUMAR; ROBSON, 1984).

São particularmente, importantes os três primeiros meses após o parto onde a mulher apresenta a maior taxa de risco, em relação a qualquer outra etapa de sua vida, de vir a sofrer uma internação decorrente de um transtorno psiquiátrico. Sendo que, cerca de 70% das mulheres com tais distúrbios, não possuem história prévia de doença mental (ROCHA, 1989).

Contudo, as depressões pós parto, são o começo de uma história de episódios recorrentes para muitas mulheres, com o agravante de que na maioria delas, os sintomas do distúrbio não são identificados pelos trabalhadores de saúde como provenientes de uma depressão, portanto, não são encaminhados para tratamento específico. Muitas vezes, a ajuda limita-se a atendimento não especializado com prescrições de benzodiazepínicos ou doses insuficientes de antidepressivos, levando a não resolutividade do problema (KUMAR; ROBSON, 1984; BRISCOE, 1986; JADRESIC et al, 1992; SHARP, 1992).

No tocante à gênese desses distúrbios, os autores dividem-se em duas vertentes: aqueles que defendem a existência de uma entidade nosológica própria, entre eles: HAYS (1978), HAYS; DOUGLAS (1984) e MUÑOZ (1985), e um maior número de autores que aproxima as psicoses puerperais das psicoses que ocorrem em qualquer outro momento da vida, apontando para a sua não especificidade: FOUNDEUR et al, 1957, PHOTHEROE, 1969, KADRMAS et al, 1979, SILVA; JOHNSTONE 1981, BROCKINGTON et al, 1981, DEAN; KENDELL, 1981, KATONA, 1982, MELTZER; KUMAR, 1985 e DAVIDSON; ROBERTSON, 1985. Portanto, a maioria dos estudiosos centra-se nessa última hipótese.

Estudos genéticos, citados na literatura desde o início do século até os anos 50, acentuam a frequência de "hereditariedade positiva", sem discriminar o grau de parentesco das pacientes. THUWE (1974), realizou um estudo que compreendeu duas gerações compostas por

puérperas e seus filhos e concluiu pela influência de fatores genéticos nessas psicoses. Entre os fatores orgânicos HAMILTON (1982) defende o ponto de vista de que as psicoses puerperais constituem entidade nosológica própria, na qual as mudanças hormonais causadas pelo estrógeno e progesterona têm papel importante no aparecimento dos sintomas. MAMPUNZA et al. (1984), não atribuem a mesma importância aos hormônios.

Contudo, a temática é controversa, não se verificando um consenso entre os autores, dado que os fatores etiológicos, frequentemente relacionados às psicoses puerperais são múltiplos, podendo ser considerados os fatores hereditários, orgânicos e psicossociais, conforme assinalam SILVA; DEL PORTO (1991).

É proposto por KISSANE; BALL (1988) que se dê uma maior atenção a história psiquiátrica passada da paciente e família, especialmente ao relacionamento da paciente com a própria mãe, pois isso pode diminuir o risco de distúrbio mental puerperal em metade dos casos. Também o stress, segundo BROCKINGTON et al. (1990) tem relação significativa com a depressão pré-natal e pequena com a psicose pós-natal.

A forma de apresentação dos casos de distúrbios puerperais vai desde sintomas de distúrbios afetivos sob a forma de episódio depressivo ou maníaco até psicótico confusional. Dentre as queixas iniciais estão a insônia, a inquietação e a labilidade emocional que podem evoluir para confusão, irracionalidade, delírios, preocupações obsessivas em relação à criança, e pensamentos de querer lesar o recém-nascido ou a si mesma (BRONCKINGTON et al., 1988; ROCHA, 1989; DEAN WILLIAMS; BROCKINGTON, 1989; AGRAWAL et al, 1990; KLOMPENHOUWER; VAN HULST, 1991; RAHIM; AL-SABIAE, 1991; KAPLAN; SADOCK, 1992; PARRY, 1995).

Para a maioria dos membros das equipes de saúde e de enfermagem a doença mental é prerrogativa de indivíduos com distúrbios já instalados, cujo tratamento se dá em serviços psiquiátricos, entretanto, as populações assistidas em outras especialidades podem estar vivenciando alguma forma de sofrimento psíquico. A prática assistencial da gestante tem enfatizado a atenção para o aspecto físico, para as mudanças fisiológicas, dando pouca atenção a outras alterações psico-sociais tais como as novas responsabilidades, e as perdas e ganhos advindos do fato de estar grávida. Fatores esses, também importantes e predisponentes a um distúrbio mental, que no seu início pode passar despercebido pela família e profissionais, pois estes, via de regra, carecem de conhecimento específico para a identificação precoce dos sintomas..

Na região de Ribeirão Preto-SP, não foram encontrados trabalhos publicados sobre a temática

e apesar das controvérsias sobre as questões relacionadas à etiologia das psicoses puerperais, julgou-se oportuno realizar um levantamento sobre o tema investigando os casos atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas e na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, (ambos vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMRP-USP), considerando as conseqüências de tais quadros patológicos, para a mulher e o seu grupo familiar.

Buscando contribuir para um melhor conhecimento do problema na região, o trabalho tem como objetivo realizar um levantamento sobre o diagnóstico 648.4 (Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério), conforme CID-9, 1980 (Classificação Internacional de Doenças - 9ª revisão) atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas e na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP, no período de 1988 a 1993.

LOCAL DA PESQUISA

O Setor de Urgências Psiquiátricas escolhido é um local para internação de curta duração (no máximo 72 horas), inserido numa instituição pública, destinada ao atendimento de Emergências Médicas, e situado no centro da cidade de Ribeirão Preto. É um serviço de grande rotatividade, com clientela composta tanto por pacientes egressos quanto de primeiro atendimento e que assiste à população da região e até de outros estados. Tem como outras atividades, a docência e a pesquisa. A Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, localiza-se no Campus da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, possui ambulatório com várias especialidades e destina-se a internações mais prolongadas.

Os usuários que se dirigem para atendimento no Setor de Urgências, primeiramente, são avaliados pelo médico triador e em seguida encaminhados de acordo com o problema apresentado para a clínica especializada. No caso das gestantes ou puérperas, elas vêm encaminhadas pela clínica de ginecologia e obstetrícia ou pelo médico triador.

As pacientes acompanhadas pela clínica de ginecologia e obstetrícia, do ambulatório, que apresentarem distúrbios emocionais graves, no decorrer da gravidez ou puerpério, são encaminhadas ao Setor de Urgências Psiquiátricas ou ao atendimento de Psiquiatria do mesmo.

POPULAÇÃO

Foram incluídos no estudo todos os casos de transtornos da gravidez, parto e puerpério (648.4 – CID 9) atendidos de janeiro a dezembro, durante o

período de 1988 a 1993, no Setor de Urgências Psiquiátricas (SUP) e na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas (COHC)

Foi solicitado ao PRODESP (Setor de Processamento de Dados do Estado de São Paulo) do HCFMRP-USP (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo), o registro do total de pacientes atendidas no Setor de Urgências Psiquiátricas e na Clínica de Obstetrícia e Ginecologia no período supracitado. O registro continha os nomes das pacientes, número de matrícula, códigos de diagnósticos, sexo, idade, data de entrada e de saída e procedência. Os nomes, matrícula, idade e procedência das pacientes foram utilizados com o objetivo de identificar possíveis retornos ao setor de urgências psiquiátricas, a fim de evitar que uma mesma paciente fosse computada mais de uma vez. De posse do material, fez-se uso de um *software* de informática (Fox-Dbase), que

possibilitou o recadastramento, permitindo o agrupamento e cruzamento de dados.

RESULTADO

O levantamento dos atendimentos referentes ao diagnóstico 648.4 no SUP e COHC, permitiu identificar que houve, no período, um total de 170 atendimentos, sendo que, 135 (79,4%) referem-se ao número de pacientes atendidas e 35 (20,6%) aos retornos.

Tendo em vista que o objetivo é identificar o número de pacientes atendidas, foi estabelecido o critério de trabalhar apenas com os dados relativos ao primeiro atendimento, excluindo os retornos. Assim sendo, a população deste estudo incluiu as 135 mulheres atendidas, 53 (39,3%) no SUP e 82 (60,7%) no COHC.

Tabela 1. Distribuição das pacientes atendidas no Setor de Urgências Psiquiátrica, segundo faixa etária. Ribeirão Preto 1988-93.

Idade	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total
< 14	-	-	-	-	-	-	-
15 -19	2	-	1	3	2	1	9
20 -24	2	3	1	2	4	2	14
25 -29	-	2	3	1	3	-	9
30 -34	5	4	-	2	2	3	16
≥ 35	7	1	-	1	1	-	5
Total/ano	11	10	5	9	12	6	53

Fonte: PRODESP

Na tabela 1, observa-se a distribuição das mulheres atendidas no SUP cuja faixa etária predominante foi a de 30 a 34 anos de idade (30,2%), seguida da faixa 20 - 24 anos, (26,4%) casos.

É possível identificar ainda, que o ano de 1992 foi o que apresentou maior número de atendimentos, embora os anos de 1988 e 1989 se apresentem com números bem próximos.

Tabela 2. Distribuição das pacientes atendidas na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, segundo faixa etária. Ribeirão Preto 1988-93.

Idade	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total
< 14	-	1	1	1	1	1	5
15 -19	5	3	1	2	4	1	16
20 -24	8	4	2	3	4	6	26
25 -29	-	1	5	4	3	5	18
30 -34	-	2	4	3	-	-	10
≥ 35	1	1	2	1	2	-	7
Total/ano	14	11	15	14	14	14	82

Fonte: PRODESP

A tabela 2 possibilita a identificação das faixas etárias das pacientes internadas na unidade de obstetrícia da instituição, cuja frequência maior ocorreu entre o grupo dos 20 a 24 anos (31,7%) seguido dos grupos etários 25 a 29 anos (22%) e 15 a 19 (19,5%). A diferença entre as pacientes dos dois serviços, em termos de idade, reside na faixa dos 30

- 34 anos que no SUP predominou, enquanto apareceu em quarto lugar no COHC. Estes resultados sugerem uma vulnerabilidade maior no período mais fértil da vida da mulher.

Quanto ao número de pacientes por ano, pode-se observar uma regularidade na frequência de mulheres atendidas.

Tabela 3. Distribuição das pacientes atendidas no Setor de Urgências Psiquiátricas e Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, segundo procedência. Ribeirão Preto 1988-93.

Procedência	SUP	HC	Total Geral
Altinópolis	1	1	2
Batatais	1	1	2
Brodosqui	-	1	1
Cajuru	-	1	1
Cassia dos Coqueiros	-	1	1
Cravinhos	1	3	4
Dumont	-	1	1
Guatapar	-	1	1
Jaboticabal	1	1	2
Jardinópolis	-	1	1
Pitangueiras	1	3	4
Ribeirão Preto	43	43	86
Santa Rosa de Viterbo	1	2	3
Santo Antonio da Alegria	1	3	4
São Simão	-	1	1
Serra Azul	-	1	1
Serrana	1	3	4
Sertãozinho	1	6	7
Outras cidades*	1	8	9
Total/por local de atendimento	53	82	135

* Cidades não pertencentes à região de Ribeirão Preto-SP (DIR XVII).

Fonte: PRODESP

Conforme assinala a tabela 3, do total de mulheres atendidas, no período, 86 (63,7%) são procedentes de Ribeirão Preto, sendo que, tanto no SUP quanto na COHC ocorreu o mesmo número de casos, ou seja, 43 (31,8%). Nota-se que as demais cidades pertencentes a região de Ribeirão Preto mostram números inferiores a dez. Convém enfatizar, que estas cidades possuem menor número

de habitantes do que a cidade de Ribeirão Preto. Quanto às mulheres de outras cidades não pertencentes à região em estudo, houve 9 casos atendidos dos quais 8 foram encaminhadas  COHC.

Na tabela 4 são apresentados os 82 casos atendidos na Clínica Obstétrica do HCFMRP-USP (COHC), com transtornos mentais, alguns deles com diagnósticos clínicos associados.

Tabela 4. Distribuição das pacientes atendidas com o diagnóstico 648.4 e/ou este em comorbidade no Hospital das Clínicas, Ribeirão Preto 1988-93.

Diagnóstico	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total
Transtorno não especificado	3	-	4	1	-	2	10
Epilepsia	1	-	-	-	1	-	2
Oligofrenia	1	1	-	3	-	1	6
Oligofrenia + Epilepsia	-	1	1	-	-	-	2
Oligofrenia + Epilepsia + Toxemia	-	-	1	-	-	-	1
Oligofrenia + Toxemia	-	-	1	-	-	-	1
Oligofrenia + Diabetes Melitus	-	-	1	-	-	-	1
Esquizofrenia	4	1	1	-	2	3	11
Quadro Psicótico Agudo	4	2	1	4	-	1	14
Quadro Psicótico Reagudizado	-	-	1	-	-	-	1
Psicose Reativa	-	-	-	1	2	-	3
Psicose Maníaco Depressivo	-	-	-	1	-	-	1
Surto Maníaco	-	-	-	-	1	-	1
Psicose Ativa Breve	-	-	-	-	1	-	1
Reação Paranóide	1	-	-	-	3	2	6
Reação de ajustamento (ansiedade)	-	1	2	1	-	-	4
Reação de ajustamento (conversão)	-	2	-	-	-	-	2
Ansiedade	-	-	-	1	-	-	1
Reação Depressiva Breve	-	-	-	-	-	1	1
Depressão - risco suicida	-	-	-	-	-	1	1
Tentativa de suicídio-depressão	-	1	-	1	2	-	4
Tentativa de suicídio-Paranáide	-	-	1	-	-	-	1
Tentativa de suicídio-Reação Ajust.	-	-	-	-	-	1	1
Intoxicação Alcoólica aguda-Reação Ajust.	-	-	-	-	-	1	1
Feocromocitoma + Ansiedade	-	1	-	-	-	-	1
Hipotireoidismo	-	1	-	-	-	-	1
Hiperemese gravídica + ansiedade	-	-	1	-	-	-	1
Toxemia gravídica	-	-	-	-	2	-	2
Total/ano	14	11	15	14	14	14	82

Fonte: PRODESP

Conquanto o trabalho, não pretenda enfatizar os problemas obstétricos ou de clínica geral apresentados pelas pacientes, que constituíram a população alvo deste estudo, julgou-se importante apresentar todos os diagnósticos que apareceram associados aos transtornos mentais da gravidez, parto e puerpério, a fim de revelar toda a complexidade dos casos.

Pode-se visualizar a predominância dos diagnósticos relacionados aos episódios psicóticos com um total de 27 pacientes; vindo a seguir os diagnósticos referentes à oligofrenia e esquizofrenia com 11, respectivamente. Em 10 pacientes não

estava especificado o tipo de transtorno mental que apresentaram. Os demais atendimentos referiam-se a diagnósticos relacionados a quadros depressivos, com ou sem tentativas de suicídio, reações de ajustamento e ansiedade, e houve ainda, os casos de comorbidade com distúrbios endócrinos e/ou metabólicos ou associações com intoxicação e epilepsia.

No ano de 1988, das 14 pacientes atendidas, quatro apresentaram distócias de parto e/ou problemas relacionados à gravidez, sendo que em três delas havia associação com patologias orgânicas (Defeitos nutricionais, problemas ginecológicos e

problemas clínicos). Apareceram três casos com problemas orgânicos (infecções e inflamações bacterianas e virais). Do total, cinco já apresentavam distúrbios psiquiátricos, e uma, distúrbio neurológico; as demais pacientes parecem ter desenvolvido a sintomatologia no período gravídico, sendo que, em seis delas, isso aconteceu no pós-parto.

Em 1989, das 11 pacientes atendidas, cinco evidenciam distócias de parto e/ou patologias relacionadas à gravidez e destas, três mostraram associação com patologias orgânicas (problemas renais, infecções, endócrinopatias e epilepsia), uma paciente apresentou neoplasia associada à gravidez e uma à hipertensão. Somente, em três das mulheres desse ano, há indícios de que havia história anterior de distúrbios psiquiátricos (uma delas com distúrbio neurológico).

No ano de 1990, nos 15 casos, além dos transtornos psíquicos, seis tiveram distócias e/ou patologias relacionadas à gravidez e parto. Destas, cinco apresentaram comorbidade com patologias orgânicas (problemas neurológicos, metabólicos ou endócrinos). Do total, seis pacientes revelaram distúrbios psiquiátricos anteriores à gravidez, podendo-se supor que as transformações e exigências do período possam ter exacerbado o problema já existente. Merece destaque, a associação do diagnóstico oligofrenia, na maioria da vezes associado a outro distúrbio.

Já no ano de 1991, entre as 14 pacientes, oito também mostraram problemas referentes à gravidez, das quais cinco em associação com

problemas orgânicos (infecções bacterianas e viróticas e discrasias sanguíneas). Sendo que outras duas tinham apenas, problemas orgânicos (infecções e hipertensão). As evidências, mediante observação dos distúrbios apresentados, dão indícios de que quatro pacientes já apresentavam patologia psiquiátrica anterior ao episódio da gravidez. Quanto às demais, parece que os distúrbios foram desencadeados por essa fase do desenvolvimento, embora não haja dados suficientes para afirmações conclusivas. Cabe ressaltar, que dois dos distúrbios sugeriram no puerpério.

Das 14 pacientes atendidas com transtornos mentais no ano de 1992, em três havia a descrição de patologias relacionadas à gravidez, duas das quais tendo comorbidade com problema metabólico ou neurológico. Na quase totalidade das mulheres, os podem ter-se iniciado em consequência da gravidez, pois somente duas delas tinham história anterior de problemas psiquiátricos e uma outra de problemas neurológicos. Três dos casos, manifestaram os sintomas no puerpério.

Em 1993, entre as 14 pacientes, quatro apresentaram distócias e/ou patologias relacionadas à gravidez, e uma delas apresentou associação com outra patologia orgânica (problema de clínica geral). As demais foram gestantes com distúrbios de sintomatologia psiquiátrica, sendo que na sua maioria eles parecem haver iniciado com a gravidez; apenas em quatro dos casos, as pacientes já apresentavam patologias psiquiátricas anteriores.

Tabela 5. Distribuição das pacientes atendidas com o diagnóstico 648.4 e/ou este em comorbidade, no Setor de Urgências Psiquiátricas. Ribeirão Preto 1988-1993.

Comorbidade	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total
Transtorno não especificado(648.4)	7	8	3	8	11	2	38
Neurose	2	1	-	-	-	-	3
Neurose + Álcool	1	-	-	-	-	-	1
Doenças do SNC	1	-	-	-	-	-	1
Epilepsia + demência	-	-	-	-	-	1	1
Afecções mal definidas	-	1	-	-	-	-	1
Complicação na gravidez	-	-	1	-	-	1	2
Complicação na gravidez + Afecção mal definida	-	-	1	-	-	-	1
Complicação na gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	1	-	1
Intoxicação por drogas + tentativa de suicídio	-	-	-	-	-	2	2
Entorses + distensão dos músculos + queda acidental	-	-	-	1	-	-	2
Total/ano	11	10	5	9	12	6	53

Fonte: PRODESP

No Setor de Urgências Psiquiátricas, onde deu-se assistência a 53 pacientes, não há como determinar a fase da gravidez (período de gestação, parto ou puerpério) em que as mesmas se encontravam, dado que o procedimento de registro é diferente daquele que existe na COHC.

A tabela 5 evidencia que 38 (65,5%) dos transtornos mentais que acometeram essas mulheres durante o processo gestacional e após o mesmo, tiveram o seu quadro patológico como "não especificado". Houve poucos subsídios informando se essas pacientes com distúrbios durante esse

período do desenvolvimento, já apresentavam um quadro psiquiátrico anterior.

Em apenas três casos houve diagnóstico de neurose, e um de intoxicação por drogas com tentativa de suicídio. Não havendo elementos para afirmar se tal ato proveio de uma reação patológica de ajustamento à gravidez ou de uma história de depressão anterior. Além desses, há duas pacientes que somado ao transtorno mental não especificado, apresentaram-se com doenças do SNC (um deles epilepsia + demência).

Como informações adicionais obtidas nos registros do Setor de Urgências Psiquiátricas, constatou-se que após a consulta, 21 (39,7%) pacientes foram para casa; 16 (30,1%) para assistência no ambulatório do HC da FMRP-USP; 9 (17%) ficaram internadas na própria Unidade de Emergência; 4 (7,5%) foram encaminhadas a serviços assistenciais extra-hospitalares (Rede Secundária e Básica de Saúde) e em apenas 3 (5,6%) casos, as pacientes foram enviadas para outros hospitais.

Agrupando os quadros psíquicos de toda a população de mulheres incluídas no estudo, verifica-se que 48 (35,5%) evidenciaram transtorno psiquiátrico sem qualquer especificação; 27 (20%) tiveram quadros ou reações psicóticas; em 13 (9,6%) a ansiedade foi ou pode ser identificada como base do distúrbio; 11 (8,1%) eram oligofrênicas, metade das quais com outros problemas de saúde; 11 (8,1%) eram pacientes com esquizofrenia; 11 (8,1%) manifestaram reações depressivas, a maioria com tentativa de suicídio; 10 (7,4%) apresentaram transtorno não especificado em associação com patologias clínicas e/ou obstétricas; finalmente, 4 (2,9%) tiveram transtorno psiquiátrico em associação com doenças do sistema nervoso central (principalmente epilepsia).

DISCUSSÃO

Considerações sobre os diagnósticos

A literatura indica que entre os problemas relacionados à gravidez, há grande ocorrência de distúrbios do humor, sejam psicóticos ou não (Brockington et al, 1981). A mesma também revela indícios da heterogeneidade no caso dos quadros psicóticos, tendendo a aproximar essa condição ora das doenças afetivas, ora da esquizofrenia (Meltzer; Kumar, 1985), outras vezes, nenhum destes distúrbios prevalece aparecendo os quadros confusionais com a mesma frequência (Silva; Del Porto, 1991).

Na presente investigação, a maioria dos episódios pouco especifica sobre o problema apresentado, não esclarecendo adequadamente,

sobre a sintomatologia vivenciada pela paciente. Mesmo quando é diagnosticado o quadro psicótico, apenas em dois casos é registrada a presença de sintoma depressivo e persecutoriedade, respectivamente. Situação diversa é observada quando o sintoma gerador do distúrbio é a ansiedade, a qual aparece registrada com o diagnóstico psiquiátrico e clínico.

A explicação para essa diferença, talvez, resida no fato de ser mais fácil diagnosticar um distúrbio psíquico decorrente da ansiedade, além de mais benigno, podendo ser registrado na folha ou prontuário da paciente com menores repercussões no tocante ao estigma social. A gravidez compartilhada com um problema de clínica geral ou obstétrica, pode ser um fator a mais gerador da ansiedade já existente, tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais.

Os dados vêm favorecer a hipótese de que as psicoses puerperais não se constituem numa entidade semiológica específica, embora as diversas classificações propostas para esses distúrbios psiquiátricos, tenham como eixo estruturador as perturbações afetivas. Na prática, os transtornos da gravidez acabam agrupando quadros patológicos com sintomatologias variadas, dependendo de morbidade psiquiátrica anterior, da associação com problemas orgânicos e das condições da própria vivência da gravidez causadora, por si só, de alterações do humor enquanto função mental. São esses fatores e sua interrelação, os determinantes de condições patológicas de maior ou menor gravidade.

(Rocha, 1989) sintetizando a opinião de vários autores, menciona a ocorrência da síndrome de tristeza pós-parto (postpartum blues, blues, maternity blues), como um distúrbio de ajustamento depressivo, pouco investigado e de maneira superficial por pesquisadores, mas bastante freqüente no puerpério. Síndrome essa, usualmente autolimitada, de prognóstico favorável, evoluindo em não mais do que duas semanas sem deixar sequelas. Não significando isto, a ausência de sintomas desconfortáveis e repercussões no desempenho, que sem o devido esclarecimento e manifestações de apoio, podem acarretar consequências maiores para a paciente.

Tal precaução deve ser considerada na medida em que o presente estudo, revela um grupo que apresentou reações depressivas seguidas na grande maioria, de tentativa de suicídio, portanto, toda e qualquer alteração do humor merece ser acompanhada pela equipe de saúde próxima, inclusive no período pós-parto; fase de adaptação onde o acompanhamento é necessário no sentido de observar a persistência ou acentuação de sintomas cognitivos-afetivos alterados (tristeza, culpa,

desânimo, perda de energia, de interesse em atividades usuais, dentre outros).

Os resultados desta pesquisa também mostraram dois grupos de gestantes que demandam maiores precauções, devido à possibilidade de reagudização de um problema latente ou que já existia antes da gravidez. É o caso das pacientes com diagnósticos de esquizofrenia e oligofrenia. Estas últimas, acumulando às vezes problemas neurológicos. Além disso, essas mulheres são duplamente vulneráveis, devido ao(s) distúrbio(s) que apresentam e pelas condições em que possa ter ocorrido essa gravidez (decorrente de um ato sexual consentido ou forçado). A experiência prática, tem revelado que devido às alterações psíquicas, cognitivas e outras, decorrentes de doenças como esquizofrenia, psicose maníaco depressiva e oligofrenia, as pacientes com tais distúrbios estão mais indefesas frente a situações de abuso sexual.

Os resultados são sugestivos, de que a maioria das pacientes teve a irrupção do distúrbio facilitada pelo processo da gravidez parto e puerpério. SILVA; DEL PORTO (1991), descrevem as pacientes com esquizofrenia como as únicas que apresentando surtos da doença, anteriores à gravidez, inclusive com episódios de internação.

No trabalho desses autores, os episódios psicóticos confusionais ou afetivos apareceram em pacientes que não tinham história anterior da doença. No estudo em questão, o mesmo pode estar ocorrendo em grande parte das gestantes, porém as informações disponíveis não são suficientes para caracterizar uma afirmação.

Dada a escassez de pesquisas semelhantes divulgadas no Brasil, foi impossível fazer maiores comparações com os resultados obtidos.

A ação preventiva

As referências consultadas indicam que os transtornos psiquiátricos ocorridos durante a gravidez, parto e puerpério não constituem uma entidade homogênea. Atualmente, a exemplo da maioria dos problemas de saúde¹, eles devem ser compreendidos dentro de uma abordagem multifatorial. Sendo importante a descrição de estressores psicossociais, fatores biológicos, experiências na infância, predisposição familiar – hereditária dentre outros (COX, 1988).

ROCHA (1991) resumindo várias pesquisas que levantaram os fatores de risco no desenvolvimento de uma depressão (não psicótica) pós parto, encontrou forte correlação positiva frente ao seguinte: relacionamento ruim com o marido

(companheiro), presença de “blues” no puerpério, distúrbio psiquiátrico anterior e presença de distúrbio endócrino. Além desses fatores, KENDELL (1987) acrescenta a ambivalência em relação à maternidade e a relação inadequada com a própria mãe. Apesar de tais fatores serem enfatizados pela literatura específica, os de cunho sócio-econômico cultural devem ser considerados, a despeito de poucos citados e da ausência de investigações consistentes, capazes de avaliar os seus efeitos.

É natural ocorrerem divergências na análise de fenômenos que atingem o ser humano, uma vez que, as variáveis envolvidas são inúmeras e impedem o estabelecimento de padrões rígidos que contemplem o todo: fatores determinantes de doenças, descrição dos quadros patológicos, meios de prevenção e outros.

Entretanto, as pesquisas existentes no âmbito dos distúrbios psiquiátricos da gravidez, parto e puerpério apontam para alguns fatores de risco que podem ser detectados, precocemente, desde o pré natal por obstetras ou enfermeiras, no sentido de reservar a essas gestantes cuidados específicos e um tempo maior de interação durante as consultas subsequentes.

Da mesma forma, os grupos de gestantes formados para orientação podem incluir informações sobre a síndrome de tristeza pós-parto (extensivas à família). Além disso, prever um momento para que a gestante possa expor sem receio de ouvir julgamentos ou censuras, os seus sentimentos e medos no grupo, ou numa interação individual com os profissionais, é um procedimento que denota respeito e consideração.

As pessoas que conseguem expressar abertamente seus sentimentos negativos parecem ter melhores condições de elaboração mental dos mesmos. Algo semelhante parece ocorrer, por exemplo, à gestantes que tomam consciência de sua rejeição à gravidez, pois passam a tomar maiores cuidados, seja isso decorrente da compreensão adquirida ou da maior atenção e interesse dispensado pela família e equipe de saúde, a partir do momento em que ela verbaliza sua rejeição. (KERR - CÔRREA; FÁVERO, 1991).

A disponibilidade para ouvir a paciente com uma postura empática e de acolhimento², é o requisito mais importante para a ação preventiva. Através da interação, o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico, cujas consequências para gestante, criança e família serão menores com uma atuação terapêutica precoce.

¹ Tuberculose, alcoolismo e uso de drogas, depressão, acidentes de trabalho e muitas outras.

A ênfase na abordagem do aspecto biológico da gravidez talvez seja uma consequência da dificuldade do profissional em atuar frente aos aspectos emocionais da paciente. A insegurança decorrente de falta de conhecimento e treino em habilidades para lidar com esses aspectos, pode ser um problema a ser enfrentado pela equipe, se for o caso, solicitando a ajuda de profissional especializado.

Cabe ressaltar mais uma vez, que a mulher durante a gestação e particularmente no puerpério, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social. Propensa a sentimentos de culpa e ambivalência em relação à criança. (ROCHA, 1989).

A abordagem na assistência fala em favor da participação de membros da família disponíveis, para obter informações, buscar apoio e oferecer esclarecimentos e das equipes de saúde e enfermagem, para atuar junto aos familiares ou pessoas significativas, bem como estabelecerem interações empáticas e esclarecedoras com a gestante.

É imprescindível, manter um esquema de observação compartilhado com elementos da família principalmente no puerpério, a fim de identificar a presença de sintomas ou a verbalização de intenções indicativas de tentativa de suicídio ou ameaça de filicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos da gravidez, parto e puerpério são uma condição patológica complexa, que inclui desde quadros transitórios benignos até situações graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante o feto e às vezes, até o companheiro.

O estudo mostrou uma realidade local, que confirmou resultados observados em pesquisas realizadas fora e dentro do Brasil, evidenciando alguns fatores de risco como a comorbidade de alguns casos com distúrbios psiquiátricos prévios à gravidez ou com patologias endócrinas e metabólicas.

Ressalta-se, a importância de uma assistência que envolva elementos da família e as equipes de saúde e de enfermagem, com o estabelecimento de

vínculo facilitador da verbalização das preocupações e sentimentos da paciente.

A literatura específica, mostrou essa condição da mulher, como um problema sujeito a controvérsias, no que tange à classificação diagnóstica e à multiplicidade de fatores determinantes da mesma. Daí a necessidade de investigá-la com base em outros fundamentos teóricos, contribuindo para o melhor entendimento dos mecanismos envolvidos no aparecimento dessa complicação obstétrica.

O olhar da psiquiatria clínica foi o que prevaleceu nesta pesquisa, no que se refere às condições diagnósticas e recomendações para melhorar a profilaxia. Cientes de que tal visão não constitui a única verdade, espera-se que o trabalho estimule, pesquisadores a investigarem o tema sob outras abordagens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRAWAL, P. et al. Postpartum psychosis: a study of indoor cases in a general hospital psychiatric clinic. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.81, p.571-5, 1990.
- BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen. Psychiatry*. v. 4, p. 561-9, 1961.
- BRISCOE, M. Identification of health problems in postpartum women by health visitors. *Br.Med.J.*, v. 292, p. 1245-7, 1986.
- BROCKINGTON, I.F.; CORNICK, K.F.; SCHOFIELD, E.M.; DOWNING, A.R.; FRANCIS, A.F.; KEELAN, C. Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Arch. Gen. Psychiatry*. v.38, p.829-33, 1981.
- BROCKINGTON, I.F. et al. The clinical picture of the depressed form of puerperal psychosis. *J. Affect. Disord. Netherlands*, v. 15, p. 29-37, 1988.
- BROCKINGTON, I.F. et al. Prepartum psychosis. *J. Affect Disord. Netherlands*, v. 19, p.31-5, 1990.
- CAVANAUGH, S. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population using MMSE, GHQ, and BDI. *Gen. Hosp. Psychiatry*, v. 5, p. 15-24, 1983.
- CHARLES, S.C. Depression and physical illness. In: VAL, E.R. et al. *Affective disorders: psychopathology and treatment*. Chicago, **Year Book Medical Publ.**, Chicago, 1982. p. 57-76.
- COULEMAN, J.L. Symptom patterns of depression in ambulatory medical and psychiatric patients. *J. Nerv. Ment. Dist.*, v. 176, p. 284-8, 1988.

² Postura empática e de acolhimento é quando o profissional tem "a capacidade de se colocar no lugar do outro, de modo a sentir o que se sentiria caso estivesse no seu lugar (Empatia)". O acolhimento pressupõe aceitação incondicional ou respeito, sem colocar condições e fazer julgamentos. Ver Miranda, C.F. de S.; Miranda, M.L. *Construindo a relação de ajuda*, 10 ed, Belo Horizonte, Crescer, 1996. P. 29.

- COX, J.L. Childbirth as a life event: socio cultural aspects of post natal depression. *Acta Psychiatr. Scand.*, p. 75-83, 1988. Suppl. 344.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID 9. Edição reduzida da revisão de 1975. Edit. Ministério da Previdência Social. 1980. p. 101.
- COZZUPOLI, C.A.; BARBIERI, M. A enfermeira obstetra e sua atuação no preparo para a vida familiar como atividade da obstetrícia social. *Acta Paul. de Enf.*, v. 1, p.110-2, 1988.
- DAVIDSON, J.; ROBERTSON, E. A follow-up study of postpartum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 71, p. 451-7, 1985.
- DEAN, C.; KENDELL, R.E. The symptomatology of puerperal illness. *Br. J. Psychiatry*, v. 139, p. 128-33, 1981.
- DEAN, C. et al. Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychol. Med.*, v. 19, p.637-47, 1989.
- FOUNDER, M. et al. Postpartum mental illness. *Arch. Neurol. Psychiatry*, v. 77, p. 503-12, 1957.
- HAMILTON, J.A. **The identify of postpartum psychosis.** In: BROCKINGTON, I.F. KUMAR, R. (eds) **Motherhood and mental illness**, London, Academic press, 1982. p.1-17.
- HAYS, P. Taxonomic map of the schizophrenias, with special reference to puerperal psychosis. *Br. Med. J.*, v. 2, p.755-7, 1978.
- HAYS, P.; DOUGLAS, A. A comparison of puerperal of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of maniac-depression. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 69, p. 177-81, 1984.
- JODRESIC, E. et al. Emotional disorders in pregnancy and the puerperium: a prospective study of 108 women. *Rev. Chil. Neuropsiquiatric.*, v. 30, p. 99-106, 1992.
- KADRMAS, A. et al. Postpartum mania. *Br. J. Psychiatry*, v. 135, p. 551-4, 1979.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Manual de psiquiatria clínica.** Rio de Janeiro. Medsi., 1992. p.95-105.
- KATONA, C.L.E. Puerperal mental illness: comparisons with non-puerperal controls. *Br. J. Psychiatry.*, v. 141, p. 447-52, 1982.
- KENDELL, R.E. et al. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br. J. Psychiatry*, v. 150, p. 662-73, 1987.
- KERR - CORRÊA, F.E.; FÁVERO, R.V. Complicações obstétricas: fatores maternos, psicológicos e sociais. *Rev. ABP-APAL*, v. 13, p. 143-51, 1991.
- KISSANE, D.; BALL, J.R. Postnatal depression and psychosis - a mother and baby unit in a general hospital. *Aust. NZJ Obstet. Gynaecol.*, v. 28, p.208-12, 1988.
- KLOMPENHOUWER, J.L.; VAN HULTS, A.M. Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 84, p. 255-61, 1991.
- KUMAR, R.; ROBSON, K.M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br. J. Psychiatry.* v. 144, p. 35-47, 1984.
- LAURENTI, R. **Uma questão de saúde e discriminação.** *Jornal da USP*, São Paulo, 23 a 29 de out., 1995. p. 2.
- MACHADO, S.C.E.P. et al. Depressão no hospital geral II: habilidade de detecção de sintomas depressivos pelo especialista não-psiquiatra. *Rev. ABP-APAL.*, v. 11, p. 97-110, 1989.
- MAMPUNZA, M. et al. Les psychoses postgravidiques à kinshasa. quelques aspects cliniques et hormonaux. *Acta Psychiatr. Belgica*, v. 84, p. 284-93, 1984.
- MELTZER, E.S.; KUMAR, R. Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother and baby admissions. *Br. J. Psychiatry.*, v. 147, p. 647-54, 1985.
- MUÑOZ, R.A. Postpartum psychosis as a discreet entity. *J. Clin. Psychiatry.*, v. 48, p. 182-4, 1985.
- PARRY, B.L. **Postpartum psychiatric syndromes.** In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Comprehensive textbook of psychiatry**/VI. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995. p.1059-66.
- PROTHEROE, C. Puerperal psychosis: a long term study 1927-1961. *Br. J. Psychiatry.*, v. 115, p. 9-30, 1969.
- ROCHA, F.L. Depressão puerperal. *Rev. ABP-APAL*, v. 11, p. 165-74, 1989.
- RAHIM, F.R.; AL-SABIAE, A. Puerperal psychosis in a teaching hospital in Saudi Arabia: clinical profile and cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr. Scand.*, Den Mark, v. 84, p. 508-11, 1991.
- SHARP, D. **A prospective longitudinal study of childbirth related emotional disorders in primary care.** London, 1992. (Phd Thesis) - London University.
- SILVA, J.F.R.; DEL PORTO, J.A. Psicoses e puerperio: um estudo sobre a semiologia e a situação nosológica das chamadas "psicoses puerperais". *Rev. ABP-APAL*, v. 13, p. 5-10, 1991.
- SILVA, L.; JOHNSTONE, E. A follow-up study of severe puerperal psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry.*, v. 139, p. 346-54, 1981.
- THUWE, I. Genetic factors in puerperal psychosis. *Br. J. Psychiatry.*, v. 125, p. 378-85, 1974.