

FATORES DE RISCO DE MULHERES USUÁRIAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DO RECIFE (PE)

Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti¹
Ednaldo Cavalcante de Araújo²
Luciane Soares de Lima³
Cândida Maria Santos⁴
Andreza Rodrigues Silva⁵
Raphaela Santos do Nascimento⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, com os objetivos de identificar por meio de uma investigação sistematizada os fatores de risco de mulheres usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial da cidade do Recife – PE, que apresentaram transtornos comportamentais no puerpério visando a auxiliar o profissional de saúde a abordar a mulher durante o ciclo grávido-puerperal e, elaborar uma escala para avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos comportamentais de mulheres durante o ciclo grávido-puerperal. Os dados foram coletados sistematicamente com o preenchimento de um formulário em 350 prontuários, resultando numa amostra de 34 mulheres, entre o período de 2002 a 2005, as quais apresentaram em seus registros desenvolvimento de algum tipo de transtorno psíquico no período grávido-puerperal. Em contradição com o que aponta a literatura, este estudo mostrou que a maioria das usuárias possuía apoio familiar e não tinha história pessoal de transtornos mentais, como também permitiu a elaboração de uma escala de risco para sofrimento psíquico puerperal que poderá ser aplicada durante as consultas pré-natais, facilitando a identificação precoce de mulheres em risco e a realização das condutas adequadas.

Descritores: Fatores de risco; Transtornos de comportamento; Puerpério.

RISK FACTORS OF WOMEN USERS OF A PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER OF THE RECIFE CITY (PE)

ABSTRACT

Descriptive and exploratory, retrospective study of quantitative approach with the objectives to identify by means of a systemize inquiry the risk factors for female users of a Psychosocial Attention Center at Recife – PE, that had presented behaviors disorders in the postpartum having aimed at supporting the health professional to approach the woman during pregnant-puerperal cycle and to elaborate a scale to evaluate the risk factors for the development of behaviors women disorders during the pregnant-puerperal cycle. The data was collected systematically from a 350 completed questionnaires, resulting in a sample of 34 women, between 2002 and 2005, who showed symptoms of developing some type of psychological change over the postpartum period. The results showed that being pregnant for the first time, the presence of a family history of mental problems and lack of support from the father were significantly present in women who showed some type of postpartum psychological problem that could be addressed during pre-natal consultations, facilitating the early identification of at-risk women and the realization of adequate treatment. Contrary to the literature, this study showed that the majority of afflicted users had family support and no personal history of mental problems.

Descriptors: Risk factors; Behaviors disorders; Postpartum.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES QUE UTILIZAN UN CENTRO DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LA CIUDAD DE RECIFE (PE)

RESUMEN

Es un estudio descriptivo y exploratorio, retrospectivo, de naturaleza cuantitativa con los objetivos de identificar factores de riesgo para las usuarias del Centro de Atención Psicossocial en la ciudad de Recife – PE, que habían presentado desórdenes de comportamientos en el puerperio con el propósito de apoyar al profesional de salud en el abordaje de la mujer durante ciclo embarazo-puerperio, y elaborar una escala para evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de los desórdenes de comportamientos de las mujeres durante este ciclo. Los datos fueron recogidos sistemáticamente de 350 cuestionarios terminados, resultando una muestra de 34 mujeres, entre el periodo 2002 y 2005; las mismas presentaron síntomas de algún tipo de trastorno psicológico en el periodo embarazo-puerperio. Los resultados mostraron que en la primípara con antecedentes familiares de problemas mentales y falta de apoyo del progenitor del recién nacido, están significativamente relacionados, mostrando un cierto tipo problema psíquico en el puerperio; también permitió la elaboración de una escala de riesgo para sufrimiento psíquico puerperal que podrá ser aplicada durante la consulta prenatal, facilitando la identificación precoz de mujeres en riesgo y la realización de una atención adecuada. En contradicción con lo que apunta la literatura, este estudio mostró que la mayoría de las usuarias afectadas tenía la ayuda de la familia y no tenía ninguna historia personal de problemas mentales. Resumiendo, creemos que la sensibilización de los profesionales de salud para la investigación e identificación de los factores de riesgo de sufrimiento psíquico en el puerperio en las consultas prenatales, podrá prevenir y/o disminuir los daños resultantes de este problema, para la madre y el bebé, con la intervención temprana.

Descriptores: Factores de riesgo; Desórdenes de comportamientos; Puerperio.

¹RN. Esp. MSc. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Doutoranda pelo programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: anapopita@gmail.com

²Professor Doutor Adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. Pós-doutorando em Sorbonne, Paris – França. E-mail: ednenjp@gmail.com

³RN. PhD. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: lucianesi2001@yahoo.com.br

⁴RN. Especialista. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: candidaenf@hotmail.com

⁵RN. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: raphaelasn@gmail.com

⁶RN. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: raphaelasn@gmail.com

INTRODUÇÃO

No ciclo vital da mulher, a gravidez constitui um dos períodos críticos de transição no desenvolvimento da personalidade, que se caracteriza por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável, devido as mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.⁽¹⁾

A mulher, durante a gestação, vivencia uma crise que faz parte do processo normal do seu desenvolvimento, apresentando mudanças importantes de comportamento que são nitidamente observadas em seus três sucessivos trimestres e que correspondem a tentativas de adaptação às perturbações transitórias deste período.⁽²⁾

O primeiro trimestre caracteriza-se basicamente pela co-existência de sentimentos ambivalentes, alternando-se momentos de euforia com sentimentos de apreensão. As oscilações de humor variam desde momentos de bem-estar, como também momentos de extrema irritabilidade.⁽²⁾

No início do segundo trimestre há percepção dos primeiros movimentos fetais garantindo uma maior estabilidade ao período e uma aceitação da gravidez em 85% dos casos⁽²⁾, o que ratifica a afirmação de que "é com a percepção dos movimentos fetais que se instalam mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto."^(3:12)

Próximo ao parto, terceiro trimestre, o nível de ansiedade está elevado, manifestando-se por meio do surgimento de temores específicos da maternidade que são expressos por sonhos e fantasias, na maioria das vezes, de conteúdo com danos e ameaças à mãe e ao conceito.⁽²⁾ O parto se constitui num epicentro crítico, momento abrupto e irreversível de toda puerperalidade, que envolve vários níveis de simbolizações geradoras de ansiedade. Talvez seja, na vida da mulher, o momento mais imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. Ocorre uma mudança repentina no esquema corporal e a separação física da mãe com o bebê.

Os diversos tipos de partos exercem diferentes impactos físicos e psicológicos, sendo integrados na personalidade de variadas formas, além de interferir no estabelecimento da relação materno-filial. Entretanto, este período crítico não termina com o parto, pois grande parte das mudanças maturacionais ocorrerá no puerpério, que deve ser considerado como a continuação da situação de transformação, implicando em novas mudanças fisiológicas e psicossociais.⁽³⁾

As transformações que se iniciam no puerpério com a finalidade de reestabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher, neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico.⁽⁴⁾

Alterações neuroendócrinas, alterações da dinâmica familiar e a própria questão da desidealização do neonato, são fatores próprios do pós-parto que, em associação e interação, podem desencadear o aparecimento de intercorrências psicopatológicas.⁽²⁾ Cerca de 20 a 40% das mulheres relatam alguma perturbação emocional ou disfunção cognitiva no período pós-parto.⁽⁵⁾ Estima-se que 85% das mulheres apresentam algum tipo de alteração do humor no puerpério.⁽⁶⁾ Embora os transtornos psiquiátricos após o parto sejam predominantemente transtornos do humor, eles podem se manifestar numa variedade de síndromes clínicas.⁽⁷⁾

As síndromes psiquiátricas pós-parto são doenças mentais que ocorrem primariamente como transtornos do humor psicóticos e não psicóticos. No DSM-IV, tanto a depressão maior quanto as manias, sejam psicóticas ou não psicóticas, que ocorram após o parto, são categorizadas como especificadores na sessão de transtornos de humor.^(5,8,9)

As alterações psiquiátricas no puerpério são classificadas em: *blues* puerperal, depressão puerperal e psicose puerperal. Destacam ainda que há possibilidade de sobreposição dos sintomas em diferentes níveis de gravidade, não havendo indícios de que constituam três entidades clínicas distintas. Entretanto, com a finalidade de tornar a abordagem do tema mais didático, caracterizamos as três categorias separadamente em *blues* puerperal, depressão pós-parto e psicose puerperal.⁽⁶⁾

Neste artigo foi traçado o perfil epidemiológico das mulheres assistidas em um CAPS da cidade do Recife no período de 2002 a 2005, que apresentaram transtorno psíquico no puerpério, visando à estruturação de um instrumento que auxilie o profissional a abordar a mulher durante a assistência pré-natal, por meio de investigação sistematizada de fatores que ponham em risco a sua saúde mental durante e após a gestação. Para tanto, foi essencial o aprofundamento do conhecimento acerca dos aspectos envolvidos nos transtornos mentais na fase puerperal, para que, por meio de intervenções precoces, seja possível evitá-los e/ou atenuá-los, protegendo mãe e filho de suas conseqüências, mediante uma abordagem holística da mulher pelos profissionais da saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

OBJETIVOS

Identificar por meio de uma investigação sistematizada os fatores de risco de mulheres usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Recife (PE), que apresentaram transtornos comportamentais no puerpério visando a auxiliar o profissional de saúde a abordar a mulher durante o ciclo grávido-puerperal.

Elaborar uma escala para avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos comportamentais de mulheres durante o ciclo grávido-puerperal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, retrospectivo, de caráter quantitativo. Esse tipo de estudo permite ao autor, traçar um diagnóstico inicial do tema abordado, facilitando assim o direcionamento da pesquisa, além de permitir o aprofundamento do tema estudado.⁽¹⁰⁾

A população em estudo constituiu-se em 350 prontuários de mulheres usuárias de um CAPS da cidade do Recife (PE), Nordeste do Brasil, no período compreendido entre 2002 e 2005, as quais apresentaram registros de desenvolvimento de algum tipo de transtorno psíquico no período grávido-puerperal, o que resultou numa amostra de 34 mulheres.

Recife é a capital do Estado de Pernambuco, situada no Nordeste do Brasil, compreende um território de 217 km², com uma população estimada de 1.486.869 habitantes para o ano de 2004.⁽¹¹⁾

No contexto da Atenção Básica à Saúde, a cidade é atendida por seis distritos e nessa pesquisa a área de estudo foi o Distrito Sanitário III que atinge 269 mil habitantes distribuídos em 29 Bairros. Esse distrito, por sua vez, possui 14 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pediatria, uma Policlínica e uma Maternidade, 12 Unidades de Saúde da Família com 38 Programas de Saúde da Família. Além dessas Unidades,

existem ainda as Unidades Especializadas, nas quais se incluem o CAPS, vinculado a Equipe de Ação Avançada.

O CAPS é um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais. Criados a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPS têm o papel de atuar de acordo com a proposta de mudança no modelo de tratamento, o qual passa a focalizar a inserção social e reabilitação psicossocial do indivíduo em detrimento do isolamento, por meio de ações dirigidas aos familiares e à comunidade.⁽¹²⁾

As atividades de natureza grupal passaram a ocupar um espaço de destaque com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), ambulatórios de saúde mental e unidades básicas de saúde como espaços diferenciados de atenção ao doente mental. Por meio da Portaria 336, os serviços de nível secundário de atenção ao doente mental foram denominados CAPS I, II e III, além de CAPS II infância e adolescência e CAPS II álcool e drogas. Nestes locais, os grupos representam uma das modalidades de intervenção.⁽¹²⁾

Os dados foram coletados sistematicamente, com o preenchimento de um formulário pré-estabelecido pelos pesquisadores, com questões sócio-econômicas (idade, raça, escolaridade, renda familiar, estado civil, ocupação, profissão), antecedentes ginecológicos, obstétricos, do recém-nascido (realização de pré-natal, posição do filho na família, planejamento da gravidez, intercorrências na gestação, abortamentos, sexo do recém-nascido, idade gestacional), apoio familiar e do pai da criança e antecedentes familiares e pessoais de transtornos mentais. (Anexo 1)

Considerou-se como apoio familiar o auxílio prestado à puérpera por parentes (em particular, da mãe da puérpera), amigos ou vizinhos, seja no aspecto econômico, afetivo, e/ou na realização de atividades relacionadas ao cuidado do domicílio e com o recém-nascido. O apoio do cônjuge envolveu a aceitação e desejo da gravidez pelo mesmo, relacionamento estável com a puérpera e suporte financeiro e emocional. Apenas os parentes de 1º grau foram considerados no item antecedentes familiares.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para este estudo: a) ser mulher usuária do CAPS estudado, desde sua inauguração até o presente momento, período de 2002 a 2005, e b) ter registrado em seu prontuário a vivência de qualquer tipo de transtorno psíquico no puerpério; e os critérios de exclusão: ter desenvolvido algum tipo de transtorno de comportamento no puerpério após aborto ou nos casos em que os recém-nascidos apresentaram má-formação ou óbito neonatal, visto que estes acontecimentos em si podem representar situações de risco de transtorno com características diferentes dos casos estudados.

Os dados foram tabulados e apresentados em números absolutos e percentuais, com o auxílio do programa de computação Excel, com elaboração de uma tabela e seis gráficos possibilitando a construção de uma escala para controle de fatores de risco⁷ (Anexo 2) para transtornos psíquicos puerperais, que poderá ser utilizado durante as consultas do pré-natal. Esta associa uma pontuação diretamente proporcional a influência que cada fator de risco exerce para o surgimento do distúrbio, ou seja, quanto maior o número de pontos, maior o risco. A gestante será classificada em risco leve, moderado ou grave, sendo associada à sugestão de condutas

específicas a serem seguidas pelo profissional de saúde de acordo com o resultado encontrado.

Como princípio básico foi utilizado neste estudo a Resolução 196/96 que normaliza as pesquisas envolvendo seres humanos. O direito ao sigilo das identificações das usuárias estudadas foi garantido pelos pesquisadores.⁽¹³⁾

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de todas as mulheres usuárias de um CAPS no período de 2002 a 2005, perfazendo um total de 350 mulheres. Destas, 10% apresentaram em seus prontuários registro de algum tipo de sofrimento psíquico vivenciado no período puerperal.

Estimou-se que 50 a 80% das puérperas apresentam alguma oscilação de humor no puerpério, o *Blues Puerperal*, com sintomatologia que não chega a comprometer a rotina diária e geralmente apresenta regressão espontânea dentro de aproximadamente sete dias, por esse motivo, não chegam a procurar os serviços de saúde mental para tratamento e acompanhamento.⁽⁵⁾ Devido à ausência de sintomas maiores, a puérpera e seus familiares associam o quadro às alterações de rotina e sobrecarga de tarefas caseiras e o cuidado com o bebê.⁽¹⁴⁾

Com base nesse fato pode-se supor que a incidência encontrada em nossa pesquisa inclui apenas puérperas que apresentaram sintomas maiores de depressão ou psicose puerperal, as quais possuem incidência de 10 a 15% e 0,1 a 0,2%, respectivamente.

O ciclo gravídico-puerperal constitui-se em um período de transição que envolve profundas transformações, sejam elas de ordem físicas, econômicas, sócio-culturais e/ou psicológicas. Estas transformações acabam gerando um estado de tensão biológica que culminará numa situação de crise, normal e necessária ao desenvolvimento psicológico, visto que exige reestruturação e reajustamento da sua vida em diversos aspectos como, por exemplo, mudança de identidade e definição de novos papéis; orçamento familiar; alterações na estrutura e relação familiar e do casal, dentre outros.⁽¹⁾

Este momento de crise caracteriza-se de diversas formas no decorrer da gravidez, sempre marcado pela vulnerabilidade e instabilidade psicológica na formação da nova identidade. O apoio da família, do pai e de profissionais da área de saúde são essenciais, contribuindo para a aceitação ou rejeição da gravidez e a maneira com a qual a mulher irá lidar com as modificações inerentes a este período.⁽³⁾

Os dados referentes às **características sóciodemográficas** das participantes do estudo (Tabela 1), revelaram que 10% das usuárias estavam na faixa etária dos 14 aos 39 anos (com uma média de 20,2 anos) e apenas 2,9% tinham idade superior a 35 anos; 50% eram de raça branca, o restante distribuindo-se em proporções equivalentes entre negras e pardas.

Com relação à **escolaridade**, 61,7% não concluíram o ensino fundamental, apresentando baixo nível de escolaridade e, apenas 2,9% chegaram ao ensino superior, o que remete a necessidade de abordagem adequada à sua compreensão, considerando ainda os fatores sócio-comportamentais que constituem o alicerce de uma relação terapêutica eficaz entre a usuária, equipe interdisciplinar, família e comunidade. O fato destas pessoas não ter prosseguido no ensino formal, talvez se deva ao baixo nível sócio-econômico que possuem pelo pouco incentivo a educação na época em que deveriam freqüentar a escola.

Residiam com o cônjuge no período gravídico-puerperal em que se desenvolveram algum tipo de transtorno, 67,6% das mulheres, entre casadas e aquelas em união estável. Uma pessoa com diagnóstico de

⁷ Tal instrumento foi idealizado pelos pesquisadores como uma proposta terapêutica preventiva para os transtornos mentais no puerpério. Contudo, faz-se necessária uma avaliação da eficácia da escala.

transtorno comportamental, em especial psicótico, possui melhor prognóstico se estiver casada e, conseqüentemente, o prognóstico piora se esta pessoa for solteira, divorciada ou viúva. No entanto, cabe salientar que alguns transtornos, como a esquizofrenia, têm um prognóstico reservado.⁽⁵⁾

De acordo com a literatura, alguns fatores estão mais freqüentemente associados ao desenvolvimento de alterações psíquicas no período puerperal como a primiparidade, história pessoal ou familiar de transtornos de humor, episódios prévios de depressão e psicose depois do parto, além de mães solteiras e jovens, entre outros.^(1,2,5,15) Contudo, outros aspectos relacionados à história da mulher também são citados como possíveis desencadeantes destas alterações como gravidez indesejada, falta de apoio familiar, abortos anteriores, insatisfação no emprego ou dificuldades financeiras, desapontamento com o gênero sexual do bebê e instabilidade emocional, entre outros.⁽³⁾

Quanto aos **indicadores sócio-econômicos**, das 34 mulheres, 64,6% delas estavam desempregadas. Contavam com renda familiar de, no máximo, cinco salários mínimos, com exceção de uma usuária que possuía renda superior a seis salários mínimos; e 47% delas tinham renda familiar inferior a um salário mínimo. No entanto, estar vinculado a algum tipo de atividade colabora na melhora do prognóstico do transtorno comportamental.⁽⁵⁾

Tabela 1. Características das mulheres usuárias de um CAPS da cidade do Recife que desenvolveram algum tipo de transtorno psíquico no puerpério segundo as variáveis: faixa etária, raça, escolaridade, estado civil, renda e ocupação no período de 2002 a 2005. Recife (PE), 2006.

Faixa etária	N	%
15 - 19	07	20,7
20 - 24	10	29,5
25 - 29	12	35,2
30 - 34	04	11,7
35 - 39	01	2,9
TOTAL	34	100,0
Raça	N	%
Branca	17	50,0
Negra	10	29,5
Parda	07	20,5
TOTAL	34	100,0
Escolaridade	N	%
Analfabeta	06	17,6
Alfabetizada	02	5,9
Ensino fundamental incompleto	13	38,2
Ensino fundamental completo	02	8,8
Ensino médio incompleto	03	8,8
Ensino médio completo	05	14,9
Ensino superior incompleto	01	2,9
Ensino superior completo	01	2,9
TOTAL	34	100,0
Estado civil	N	%
Casada	14	41,1
Solteira	07	20,5
União estável	09	26,4
Separada	03	8,8
Viúva	01	2,9
TOTAL	34	100,0
Renda familiar (em salários mínimos)	N	%
< 1	16	47,0
1 - 5	17	50,0
> 5	01	3,0
TOTAL	34	100,0
Ocupação atual	N	%
Empregada	12	35,3
Desempregada	22	64,7
TOTAL	34	100,0

Dentre os fatores de risco presentes com maior freqüência nos indivíduos que desenvolvem sofrimento psíquico no puerpério apontados pela literatura, nos dados sócio-econômicos pesquisados, encontramos concordância em relação à: idade – mulheres com idade

abaixo de 40 anos; à instabilidade financeira – identificamos maior proporção de desempregadas, com quase metade delas (47%) com renda familiar inferior a um salário mínimo.^(5,6,15-9)

Não é raro a mulher apresentar dificuldades, após o parto, de adaptação à condição de mãe.^(15:14) Podem surgir obstáculos no estabelecimento do vínculo mãe-bebê, eclosão de transtorno obsessivo-compulsivo, outros transtornos ansiosos e sintomas psicóticos. Todavia, atualmente há um consenso na literatura, de que os transtornos de humor são os que ocorrem predominantemente.

Os resultados relacionados à variável **estado civil** apresentaram discordância com a literatura, visto que a maioria das mulheres (67,6%), era casada ou vivia em união estável com o pai da criança. Porém, vale ressaltar que este dado não envolve o apoio do mesmo à mulher durante o período gravídico-puerperal. Não foram encontradas referências literárias que relacionassem a raça e escolaridade da mulher com um maior risco para o desenvolvimento de sofrimento psíquico no puerpério.^(5,6,15-9)

Com relação aos dados obstétricos e do recém-nascido (RN), a paridade representou fator bastante significativo, com 58% das mulheres desenvolveram o episódio com o nascimento do primeiro filho (Gráfico 1), ratificando a literatura que cita a primiparidade como um dos principais fatores predisponentes para a eclosão do transtorno. Com relação ao sexo do RN, 58% deles eram do sexo masculino (Gráfico 2). Entretanto, a literatura não refere este dado como fator de risco para o desenvolvimento de transtorno mental no puerpério.^(5,6,15-9)

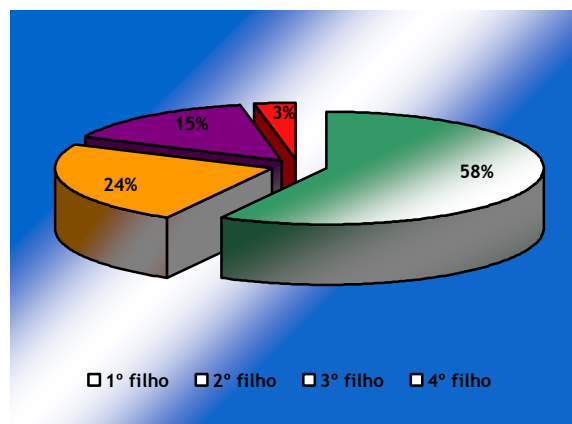


Gráfico 1. Posição do filho da mulher usuária de um CAPS da cidade do Recife no período de 2002 a 2005 cujo puerpério desencadeou algum tipo de transtorno do comportamento. Recife (PE), 2006.

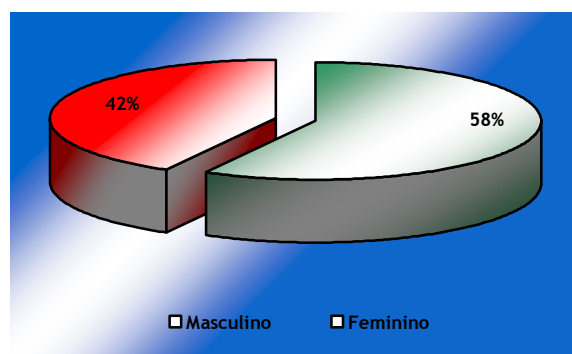


Gráfico 2. Sexo dos recém-nascidos filhos de mulheres usuárias de um CAPS da cidade do Recife no período de 2002

a 2005, quando em seu puerpério, apresentaram algum tipo de transtorno do comportamento. Recife (PE), 2006.

O nascimento de uma criança como uma experiência familiar, visto que toda a família sofre alterações significativas.⁽¹⁾ O suporte emocional e familiar à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal constitui fator protetor para o desenvolvimento de sofrimento psíquico no puerpério.⁽⁵⁾ Entretanto, em nosso estudo, verificamos que 68% das mulheres recebiam algum tipo de apoio familiar durante o ciclo gravídico-puerperal e ainda assim desenvolveram algum tipo de sofrimento psíquico neste período. (Gráfico 3)

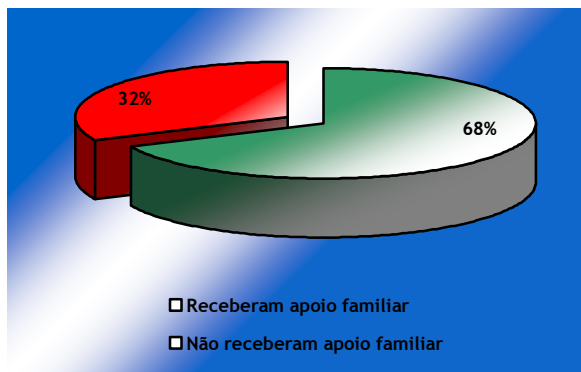


Gráfico 3. Apoio familiar durante o ciclo gravídico-puerperal de mulheres usuárias de um CAPS da cidade de Recife no período de 2002 a 2005, que desenvolveram algum tipo de transtorno mental no puerpério. Recife (PE), 2006.

Em contrapartida, a falta de apoio do genitor da criança à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal apresentou um número bastante significativo (71% das mulheres não receberam apoio do genitor) quando relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais no puerpério (Gráfico 4). A atitude do genitor tem influência direta na maneira como a mulher irá vivenciar a variedade de modificações ocorridas em sua vida durante e após a gravidez.⁽¹⁾ Em estudo de corte transversal com 70 puérperas atendidas por duas unidades do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo/SP, concluiu-se que quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência de depressão pós-parto.⁽¹⁴⁾

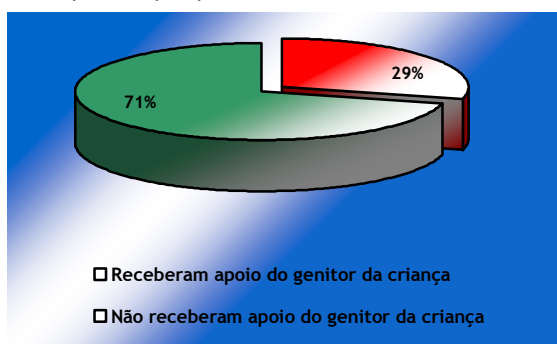


Gráfico 4. Apoio do genitor da criança durante o ciclo gravídico-puerperal à mulher usuária de um CAPS da cidade de Recife no período de 2002 a 2005, que sofreu algum tipo de transtorno psíquico puerperal. Recife (PE), 2006.

Um estudo de revisão de literatura⁽²⁰⁾ apontou a possibilidade de haver um componente genético ou familiar relacionado à ocorrência de transtorno psíquico puerperal, considerando-se que a prevalência é muito maior em mulheres que possuem familiares de primeiro grau com algum tipo de transtorno mental. Tal estudo concorda com os resultados de estudo de outros pesquisadores que referiram que mulheres com história familiar de transtornos do

humor têm um risco maior que a população em geral para ser acometido por este sofrimento.⁽⁵⁾ Nossa pesquisa ratifica, através do Gráfico 5, este risco aumentado, visto que 70% das mulheres (n=23) que apresentaram o sofrimento psíquico no puerpério possuíam registro de história familiar em parentes de 1º grau de transtornos mentais.

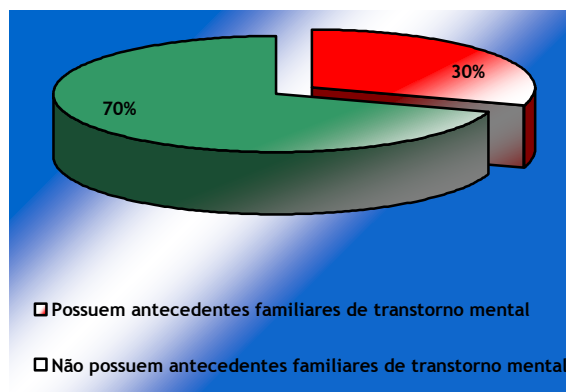


Gráfico 5. Antecedentes familiares de transtorno mental de mulheres usuárias de um CAPS da cidade de Recife no período de 2002 a 2005, que sofreu algum tipo de transtorno psíquico no puerpério. Recife, 2006.

Antecedentes pessoais de transtornos mentais também são apontados na literatura como fatores de risco bastante relevantes para o desenvolvimento de sofrimento psíquico no pós-parto.^(1,2,5,14-5) Todavia, obtivemos dados controversos em nossa pesquisa, quando comparados à literatura, pois mais da metade das mulheres (61%) não apresentaram em seus prontuários registros de episódios de transtorno mental anterior àquele vivenciado no pós-parto. (Gráfico 6)

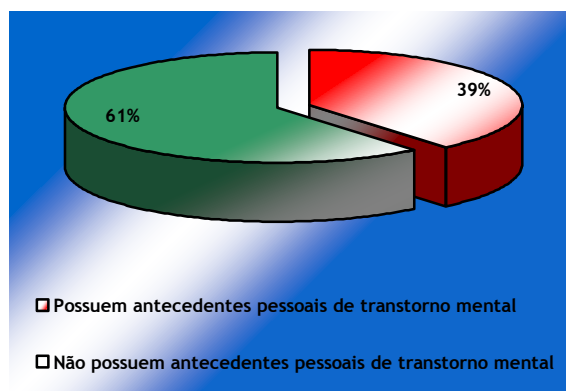


Gráfico 6. Antecedentes pessoais de transtorno mentais de mulheres usuárias de um CAPS da cidade de Recife no período de 2002 a 2005, que vivenciaram algum tipo de transtorno psíquico no puerpério. Recife (PE), 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados nesse estudo, perceberam-se a possibilidade e a importância da identificação prévia de fatores de risco para o desencadeamento de sofrimento psíquico no pós-parto em gestantes, especificamente durante a assistência pré-natal, visto que o aumento da atenção à saúde durante esse período ameniza a influência negativa dos fatores psicossociais predisponentes para a alteração do humor no pós-parto.

A gestação, o parto e o puerpério são geralmente vistos pelos profissionais de saúde como um processo predominantemente fisiológico, com supervalorização do patológico, sendo a assistência voltada para ações intervencionistas. Consequentemente, a mulher é vista

de maneira fragmentada e com falhas na interação entre a equipe de saúde. Sendo assim, ressaltamos a importância da sensibilização dos profissionais de saúde para um atendimento humanizado e individualizado à gestante no sentido de perceber em cada mulher, suas necessidades, orientando-a no processo de adaptação às transformações decorrentes do processo de nascimento de uma criança.

Neste sentido, foi sugerida a utilização de um instrumento que auxilie na abordagem à mulher durante a assistência pré-natal, por meio da investigação sistematizada de fatores que ponham em risco a sua saúde mental durante e após a gestação. Para tal, foi elaborado um formulário que consiste de questões que avaliam a vulnerabilidade da mulher para o desenvolvimento de sofrimento psíquico no pós-parto, tais como faixa etária adolescente, estado civil, ocupação, renda, planejamento e desejo da gravidez, paridade, apoio da família e do genitor da criança, antecedentes familiares e história pessoal de transtornos mentais.

Com a identificação precoce, ainda no pré-natal, das mulheres em risco para o desenvolvimento de distúrbios de humor ou qualquer outro tipo de sofrimento psíquico no pós-parto, o profissional de saúde tem a possibilidade de atuar preventivamente através do encaminhamento para o acompanhamento psicoterapêutico, podendo resultar numa redução significativa da sintomatologia depressiva e evitar possíveis consequências negativas, como os efeitos prejudiciais na interação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança.

Algumas limitações metodológicas deste estudo mereceram considerações. Os dados registrados nos prontuários das usuárias não faziam referência aos antecedentes obstétricos e dados do RN, o que nos impossibilitou a análise da incidência de alguns fatores de risco citados na literatura. Com relação aos antecedentes familiares e pessoais de transtornos mentais, não apresentavam diagnóstico médico, estando registrados apenas os relatos das usuárias e/ou seus familiares. Houve também impedimento pela gerência do Distrito Sanitário estudado para a realização de entrevistas com as usuárias e/ou seus familiares através do contato direto dos pesquisadores com as mesmas, o que possibilitaria a coleta de dados mais específicos, com o objetivo de complementar a carência de informações apresentada pelos prontuários.

AGRADECIMENTOS

À direção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Recife (PE), pela autorização concedida para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT. Psicossomática e obstetrícia. In: Mello Filho G. Psicossomática e obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. Azevedo AR, Navajas Filho E. Psicose puerperal. In: Benzecry R. Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
3. Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 11ª ed. São Paulo: Vozes; 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
6. Moreno DH, Soares MBM. Diagnósticos e tratamento: elementos de apoio — depressão. São Paulo: Lemos Editorial; 2003.
7. Ballone GJ. Depressão pós-parto. [acesso em: 23 ago 2005]. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/alimento2.htm>
8. Cantilino A, Sougey E. Depressão pós-parto: diagnóstico. Rev Neurob. 2004; 68:146-151.
9. Dunningham W. Emergências psiquiátricas. Rev Neurob. 2004. 67:119.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Editora Altas; 2002.
11. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE —. Cidades®. [acesso em: 13 ago 2005]. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336/GM. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.
14. Cruz EBS. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev Bras Gineco Obst. 2005; 27(4):181-188.
15. Dias V. Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto. [acesso em: 23 ago 2005]. Disponível em: www.saude.gov.br.
16. Barbosa FS. Episódio depressivo maior com início no pós-parto: fatores de risco. Rev Fed Bras Soc Gineco Obst. 2003; 31(1):73-77.
17. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
18. Bernik MA, Vieira FAHG. Depressão na mulher. Rev Bras Med. 1998; 55(10):771-780.
19. Nunes Filho P. Psiquiatria e saúde mental. São Paulo: Atheneu; 1996.
20. Zinga D. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? J Bras Psiquiat. [periódico na Internet]. 2005 [acesso em: 30 abr 2007]; 27(2): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100006&lng=en&nrm=iso

ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE PESQUISA**1. DADOS PESSOAIS**

Idade: _____ Encaminhada ao CAPS por: _____
 Raça: () Branca () Negra () Parda () Indígena () Asiática
 Escolaridade: () Analfabeta () Alfabetizada
 () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
 () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
 () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
 Renda Familiar: () < 1 Salário Mínimo () 1-5 Salários Mínimos
 () 6-10 Salários Mínimos () > 10 Salário Mínimos
 Estado Civil: () Casada () Solteira () União Estável () Separada () Viúva
 Ocupação? _____ Profissão? _____
 Moradia: () Própria () Alugada () Cedida
 Fuma? () Sim () Não Bebe? () Sim () Não Drogas? () Sim () Não

2. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Aborto? () Não () Sim → () Espontâneo () Provocado
 Pré-Natal? () Não () Sim → Orientação psicológica? () Sim () Não
 Posição do filho na família? Episódios posteriores? () Sim () Não
 Gravidez Planejada? () Sim () Não Apoio do pai da criança? () Sim () Não
 Apoio: da família? () Sim () Não
 Intercorrências na gravidez ou parto? () Não () Sim → Qual? _____
 Sexo desejado? () Feminino () Masculino () Sem preferência

3. DADOS DA CRIANÇA

Sexo: () Feminino () Masculino
 Idade Gestacional: () Termo () Pré-Termo () Pós-Termo
 Anomalias? () Sim () Não Qual? _____

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Distúrbios Mentais no Puerpério? () Sim () Não
 Outros distúrbios mentais? () Não () Sim → Qual? _____ Quem? _____

5. ANTECEDENTES PESSOAIS

Distúrbios Mentais? () Não () Sim → Qual? _____ Quando? _____
 Realizou tratamento? () Sim () Não

ANEXO 2 - ESCALA DE RISCO

Quadro 1 – Escala de risco para avaliar o desenvolvimento de transtorno de comportamento no puerpério.

QUESTÕES	VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO
É adolescente	Sim = 1	Não = 0	
Vive maritalmente?	Sim = 0	Não = 1	
Recebe apoio do genitor da criança?	Sim = 0	Não = 3	
Recebe apoio da família?	Sim = 0	Não = 1	
A gravidez foi planejada?	Sim = 0	Não = 1	
A gravidez foi desejada?	Sim = 0	Não = 1	
É o primeiro filho vivo?	Sim = 3	Não = 0	
Está empregada?	Sim = 0	Não = 1	
Tem renda familiar fixa?	Sim = 0	Não = 1	
Tem parentes em 1º grau com transtorno de humor?	Sim = 3	Não = 0	
Já apresentou algum episódio de humor deprimido anterior?	Sim = 3	Não = 0	
Total:			
PONTUAÇÃO TOTAL	RISCO		CONDUTA
0 a 5 pontos	Leve		- Expectante. - Preparação física e emocional par adaptação às alterações no ciclo gravídico-puerperal.
6 a 10 pontos	Moderado		- Acompanhamento regular. - Preparação física e emocional par adaptação às alterações no ciclo gravídico-puerperal. - Iniciativas educativas envolvendo os familiares e a gestante focadas em problemas emocionais e na realidade da maternidade. - Monitoramento cuidadoso da gestante com relação aos sinais de humor deprimido.
> 10 pontos	Grave		- Acompanhamento intensivo - Preparação física e emocional par adaptação às alterações no ciclo gravídico-puerperal. - Iniciativas educativas envolvendo os familiares e a gestante focadas em problemas emocionais e na realidade da maternidade. - Monitoramento cuidadoso da gestante com relação aos sinais de humor deprimido. - Encaminhamento da gestante para consulta com o psicólogo. - Visitas regulares a gestante no primeiro ano após o parto.

Resultado: Fazer o somatório dos pontos de acordo com as respostas encontradas. Quanto maior a pontuação maior o risco para o desenvolvimento de transtornos mentais no período puerperal.

Recebido em: 30/07/2007

Aceito em: 21/08/2007

Publicado em: 01/10/2007

Endereço para correspondência

Ana Márcia Tenório Cavalcanti
 Av. Conselheiro Rosa e Silva, 1455/404
 Afritos – Recife (PE) – Brasil
 CEP: 52.050-020