

CLARA RAMOS DE ALMEIDA LAMBERTE

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

GABRIELA VIEIRA FREIRE

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

ISABELA MORALES COZETO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

JULIANA BOLGHERONI DE BRITO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

JULIANA HERNANDEZ GREGHI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

SERGIO FLORIANO DE TOLEDO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em abril de 2019.
Aprovado em agosto de 2019.*

TRANSTORNOS MENTAIS DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA, NA BAIXADA SANTISTA

RESUMO

Transtornos psicológicos e psiquiátricos associados ao puerpério vem sendo cada vez mais diagnosticados. No mesmo contexto, a evolução no setor da neonatologia promoveu o aumento do número de recém-nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) nos primeiros dias ou meses de vida, e essa condição está intimamente relacionada com o aumento da incidência de quadros psicológicos e psiquiátricos maternos, como a tristeza materna, ansiedade materna, depressão pós parto e psicose puerperal. São necessários estudos acerca deste tema com o objetivo de estimular maior atenção à puérpera facilitando a detecção de sinais e sintomas de um possível comprometimento mental.

Palavras-Chave: transtornos mentais; período pós parto; unidade de terapia intensiva neonatal.

MENTAL DISORDERS OF MOTHERS OF NEWBORNS IN A NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT OF REFERENCE HOSPITALS IN BAIXADA SANTISTA

ABSTRACT

Psychological and psychiatric disorders associated with the puerperium have been increasingly diagnosed. In the same context, the evolution in the neonatology sector has promoted an increase in the number of neonates hospitalized in the Neonatal Intensive Care Units (Neonatal Intensive Care Units) in the first days or months of life, and this condition is closely related to the increase in the incidence of maternal psychological and psychiatric conditions, such as maternal sadness, maternal anxiety, postpartum depression and puerperal psychosis. Studies on this topic are needed to stimulate greater attention to the puerperium facilitating the detection of signs and symptoms of a possible mental impairment.

Keywords: Mental disorders; postpartum period; intensive care units; neonatal.

INTRODUÇÃO

Transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo. Nos séculos XVII e XVIII, relatos de casos de “insanidade puerperal” começaram a aparecer na literatura médica francesa e alemã. (CANTILINO, 2010, p. 288-294)

Segundo o estudo *The Global Burden of Disease*, da Organização Mundial da Saúde, vem ocorrendo uma substituição epidemiológica entre as doenças infectocontagiosas, desnutrição e complicações perinatais para problemas cardiovasculares e transtornos mentais na população feminina. Isso decorre da perda da qualidade de vida, do aumento dos anos vividos e demais fatores sociais, como acúmulo de funções e machismo. O que preocupa é que esse evento ocorre sem a devida adequação do planejamento dos serviços e da assistência à saúde pública. É importante aclarar que, embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, esses são os responsáveis por mais de 12% da incapacidade decorrente em mulheres, tanto em nações líderes quanto em países que estão em vias de desenvolvimento. (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006, p. 43-54)

Transtornos mentais, associados ao período puerperal, têm sido incorporados aos sistemas de classificação diagnóstica em Psiquiatria; a CID 10 acolheu-os no capítulo de Síndromes Comportamentais Associadas à Distúrbios Fisiológicos e Fatores de Risco (F 50 e F59), e isso inclui qualquer transtorno que tenha início até a sexta semana após o parto. No DSM-IV, o especificador “com início nos pós-parto” foi incorporado ao capítulo de Transtornos do Humor e deve ser utilizado para caracterizar qualquer episódio que tenha início até a quarta semana após o parto, podendo também ser utilizado para especificar transtornos psicóticos breves. (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006, p. 43-54)

Em decorrência dos avanços de cuidados médicos nos últimos anos, no setor de neonatologia, foi possível observar a diminuição considerável da taxa de mortalidade de recém-nascidos de alto risco. No entanto, essa evolução promoveu o aumento do número de recém-nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) nos primeiros dias ou meses de vida, e essa condição está intimamente relacionada com a incidência de depressão e ansiedade materna, entre outros quadros mentais nos primeiros dias após o parto. (KLAUS; KENNEL, 1992)

A internação de um recém-nascido (RN) na UTI Neonatal desencadeia distanciamento físico/emocional entre mãe e RN, gerando impacto na confiança da mulher em oferecer cuidados adequados ao filho(a), e além disso há a necessidade de reconstrução da imagem da criança projetada pela puérpera durante toda a gestação. A incerteza quanto ao futuro, gerada pela internação de um RN, pode ter como consequência a instalação de quadros psicológicos e psiquiátricos na mulher como a tristeza materna (*baby blues*), ansiedade, depressão pós parto e psicose materna. (SCHWENGBER; PICCININI, 2003, p. 403-411) (RENNO JUNIOR; RIBEIRO, 2012, p. 1-7)

A depressão materna acomete cerca de 10 a 20% das puérperas e é caracterizada por alterações no sono, no apetite, na concentração, falta de energia ou de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis, além da sensação de incapacidade de lidar com situações inéditas. Apresenta etiologia multifatorial envolvendo influências genéticas, mudanças fisiológicas da gestação, fatores estressores psicológicos e contexto cultural. Fatores maternos como situação socioeconômica e conflitos conjugais, bem como fatores neonatais como a prematuridade da criança, podem agravar o quadro depressivo da nova mãe. (IACONELLI, 2005)

Já a ansiedade é um estado emocional que abrange sensações de medo, insegurança, antecipação apreensiva, negativismo, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição respiratória, tremor, inquietação e outros sintomas associados a hiperatividade do sistema nervoso autônomo. (RENNO JUNIOR;

RIBEIRO, 2012, p. 1-7) Utilizando o Idate, Pandovani e cols verificaram que 44% das mães de prematuros apresentavam sintomas clínicos de ansiedade. Há evidências de repercussões emocionais dos quadros de ansiedade materna tanto na mulher como na criança. Estudos verificaram que mães que apresentaram alta ansiedade no pós parto desenvolveram mais patologias psicossociais ao longo do tempo e suas crianças apresentavam maiores níveis de desadaptação quando comparadas com crianças de mães de baixa ansiedade. (IACONELLI, 2005)

O diagnóstico precoce de qualquer um desses quadros é fundamental, e para isso é necessário o acompanhamento materno durante o ciclo gravídico puerperal, no entanto, esse é prejudicado devido ao fato da maternidade ser vista de forma idealizada. A mentalidade de que a chegada de um filho é isenta de ambiguidade, tende a dificultar o auxílio que essas mães devem receber. (SCHWENGBER; PICCININI, 2003, p. 403-411)

JUSTIFICATIVA

Relação entre o aumento da incidência de transtornos mentais em puérperas e o aumento da taxa de internação de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

OBJETIVO GERAL

Análise da incidência de transtornos mentais em mulheres cujos filhos estão internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Análise de variáveis maternas que podem estar relacionadas a uma maior incidência de transtornos mentais em puérperas com filhos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Critérios de inclusão: mãe de recém-nascido internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos hospitais de referência da baixada santista.

Critérios de exclusão: mulheres com distúrbio incapacitante, o qual não permite a realização dos questionários; mulheres que se recusaram a responder os questionários; puérperas cujo filhos não foram internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Procedimento: foi realizado um estudo observacional transversal em que foram captadas 22 puérperas, com idades entre 13 e 45 anos, as quais se dispuseram a responder aos questionários de forma escrita no período de 1 à 2 horas, de próprio punho, com privacidade e sem interlocutor. Foi garantido sigilo das informações pessoais.

O instrumento: foram escolhidos dois questionários para análise de sinais e sintomas das pacientes em questão: 1. A Escala de Depressão de Beck, criada por Aaron Beck, consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha e é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos.

O presente estudo também empregou as escalas de estado e traço de ansiedade do IDATE, de acordo com esse inventário, a escala requer que o participante descreva como se sente "agora, neste momento" em relação aos 20 itens apresentados em uma escala Likert de 4 pontos: "1 - absolutamente não"; "2 - um pouco"; "3 - bastante"; "4 - muitíssimo". De maneira semelhante, a escala traço também é composta de 20 itens, mas o participante recebe a instrução de que deve responder como "geralmente se

rente", de acordo com uma nova escala Likert de 4 pontos: "1 - quase nunca"; "2 - às vezes"; "3 - frequentemente"; "4 - quase sempre"

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente, apresentando frequências absolutas e relativas.

As existências de associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando o teste exato de Fisher.

Para todos os testes estatísticos foi utilizado um nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com o uso do software estatístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

Foram analisadas as informações de 22 parturientes, cujas características estão apresentadas na tabela 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas por características.

	N	%
Idade materna (anos)	22	100,0%
Criança (0 anos até 15 anos completos)	1	4,5%
Jovem (15 anos até 29 anos completos)	8	36,4%
Adulta (30 anos até 59 anos completos)	13	59,1%
Estado Civil	22	100,0%
Casada	10	45,5%
Solteira	8	36,4%
Outro	4	18,2%
Grau de instrução	22	100,0%
Fundamental incompleto	3	13,6%
Fundamental completo	4	18,2%
Ensino médio incompleto	4	18,2%
Ensino médio completo	9	40,9%
Nível superior incompleto	1	4,5%
Nível superior completo	1	4,5%
Distúrbios Psiquiátricos¹		
Sem distúrbio	18	81,8%
Ansiedade	2	9,1%
DM	2	9,1%
Síndrome de pânico	1	4,5%
Antecedentes pessoais¹		
Nenhum	14	63,6%
HAS	7	31,8%
DM	4	18,2%
Antecedentes familiares¹		
Nenhum	4	18,2%
HAS	17	77,3%
DM	12	54,5%
Neoplasias	6	27,3%
Outros	3	13,6%
Idade Gestacional	22	100,0%
Pré-termo extremo (24-34 semanas)	11	50,0%
Pré-termo (34-36 semanas)	3	13,6%
Termo (≥ 37 semanas)	8	36,4%

¹Resposta múltipla - a soma das porcentagens não totaliza 100,0%. Total de respondentes- N=22.

Nota-se, conforme a tabela 1, que 59,1% das puérperas eram adultas (30 anos até 59 anos completos) e 45,5%, casadas e 40,9% tinham Ensino Médio completo; com relação aos antecedentes familiares e pessoais, 77,3% e 54,5% tinha, respectivamente, histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, porém, verificou-se que 63,6% não tinha nenhuma comorbidade. Além disso, 50,0% tiveram filhos a pré-termo extremo e 81,8% não apresentaram distúrbios psiquiátricos.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas por sintomas de depressão e ansiedade.

	N	%
BDI (ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK)	22	100,0%
Nenhuma depressão (0 a 13 pontos)	17	77,3%
Depressão leve (14 a 19 pontos)	2	9,1%
Depressão moderada (20 a 28 pontos)	1	4,5%
Depressão grave (29 a 63 pontos)	2	9,1%
IDATE-E	21	100,0%
Tende a depressão (< 38 pontos)	4	19,0%
Média populacional (38 a 42 pontos)	15	71,4%
Tende a ansiedade (> 42 pontos)	2	9,5%
Sem informação	1	
IDATE-T	22	100,0%
Tende a depressão (< 38 pontos)	7	31,8%
Média populacional (38 a 42 pontos)	2	9,1%
Tende a ansiedade (> 42 pontos)	13	59,1%

Conforme a Tabela 2, observou-se que 9,1% das puérperas apresentaram sintomas de depressão grave, segundo BDI. 71,4% da amostra apresentou classificação de IDATE-E na média populacional e 59,1%, classificação de IDATE-T, tendendo à ansiedade. Nas análises a seguir, devido ao tamanho da amostra, alguns níveis das variáveis foram agregados.

Tabela 3 - Distribuição das parturientes por classificação de BDI, segundo características.

	BDI (Escala de depressão de Beck)						P
	Nenhuma depressão (0 a 13 pontos)		Depressão leve / moderada / grave (14 a 63 pontos)		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Idade (anos)	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,054
Criança/Jovem (Até 29 anos completos)	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%	
Adulta (30 anos até 59 anos completos)	8	61,5%	5	38,5%	13	100,0%	
Estado Civil	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,807
Casada	7	70,0%	3	30,0%	10	100,0%	
Solteira	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	
Outro	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Escolaridade	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,581
Fundamental	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%	
Ensino médio	10	76,9%	3	23,1%	13	100,0%	
Nível superior	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
Distúrbio Psiquiátrico	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	1,000
Ausente	14	77,8%	4	22,2%	18	100,0%	
Presente	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Antecedente pessoal	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	1,000
Ausente	11	78,6%	3	21,4%	14	100,0%	
Presente	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%	
Antecedente pessoal HAS	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	1,000
Ausente	12	80,0%	3	20,0%	15	100,0%	
Presente	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%	
DM	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	1,000
Ausente	14	77,8%	4	22,2%	18	100,0%	
Presente	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Antecedente familiar	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,535
Ausente	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Presente	13	72,2%	5	27,8%	18	100,0%	
Antecedente familiar HAS	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,290
Ausente	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
Presente	12	70,6%	5	29,4%	17	100,0%	
DM	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,323
Ausente	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%	
Presente	8	66,7%	4	33,3%	12	100,0%	
Neoplasias	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,585
Ausente	13	81,3%	3	18,8%	16	100,0%	
Presente	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%	
Outro	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	1,000
Ausente	15	78,9%	4	21,1%	19	100,0%	
Presente	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
Idade Gestacional	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	0,497
Pré-termo extremo (24-34 semanas)	9	81,8%	2	18,2%	11	100,0%	
Pré-termo (34-36 semanas)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
Termo (>37 semanas)	5	62,5%	3	37,5%	8	100,0%	

p - nível descritivo do teste exato de Fisher.

Conforme a tabela 3, não se verificaram associações entre classificação de BDI e todas as características.

Gráfico 1 - Distribuição das puérperas por BDI.

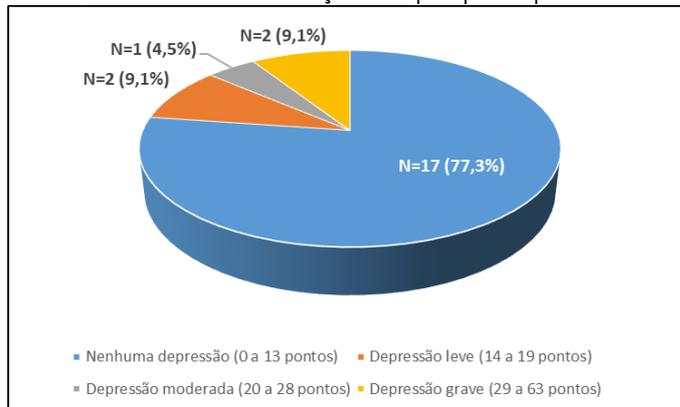


Tabela 4 - Distribuição das parturientes por classificação de IDATE-E, segundo características.

	IDATE-E				Total	P			
	Tende a depressão (< 38 pontos)		Média populacional (38 a 42 pontos)				Tende a ansiedade (> 42 pontos)		
	N	%	N	%			N	%	
Idade (anos)	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,407
Criança/Jovem (Até 29 anos completos)	3	33,3%	5	55,6%	1	11,1%	9	100,0%	
Adulta (30 anos até 59 anos completos)	1	8,3%	10	83,3%	1	8,3%	12	100,0%	
Estado Civil	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,122
Casada	0	0,0%	8	80,0%	2	20,0%	10	100,0%	
Solteira	2	28,6%	5	71,4%	0	0,0%	7	100,0%	
Outro	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Escolaridade	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,899
Fundamental	2	28,6%	4	57,1%	1	14,3%	7	100,0%	
Ensino médio	2	16,7%	9	75,0%	1	8,3%	12	100,0%	
Nível superior	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
Distúrbio Psiquiátrico	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,462
Ausente	4	23,5%	12	70,6%	1	5,9%	17	100,0%	
Presente	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Antecedente pessoal	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,793
Ausente	3	21,4%	9	64,3%	2	14,3%	14	100,0%	
Presente	1	14,3%	6	85,7%	0	0,0%	7	100,0%	
Antecedente pessoal	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	1,000
HAS	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	
Ausente	3	20,0%	10	66,7%	2	13,3%	15	100,0%	
Presente	1	16,7%	5	83,3%	0	0,0%	6	100,0%	
DM	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,697
Ausente	4	23,5%	11	64,7%	2	11,8%	17	100,0%	
Presente	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Antecedente familiar	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,319
Ausente	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Presente	3	17,6%	13	76,5%	1	5,9%	17	100,0%	
Antecedente familiar	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,732
HAS	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	
Ausente	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	5	100,0%	
Presente	3	18,8%	12	75,0%	1	6,3%	16	100,0%	
DM	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,129
Ausente	3	30,0%	5	50,0%	2	20,0%	10	100,0%	
Presente	1	9,1%	10	90,9%	0	0,0%	11	100,0%	
Neoplasias	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,560
Ausente	4	25,0%	10	62,5%	2	12,5%	16	100,0%	
Presente	0	0,0%	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
Outro	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	1,000
Ausente	4	22,2%	12	66,7%	2	11,1%	18	100,0%	
Presente	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
Idade Gestacional	4	19,0%	15	71,4%	2	9,5%	21	100,0%	0,611
Pré-termo extremo (24-34 semanas)	1	9,1%	8	72,7%	2	18,2%	11	100,0%	
Pré-termo (34-36 semanas)	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	100,0%	
Termo (?37 semanas)	2	28,6%	5	71,4%	0	0,0%	7	100,0%	

p - nível descritivo do teste exato de Fisher.

Conforme a tabela 4, não se verificaram associações entre classificação de IDATE-E e todas as características.

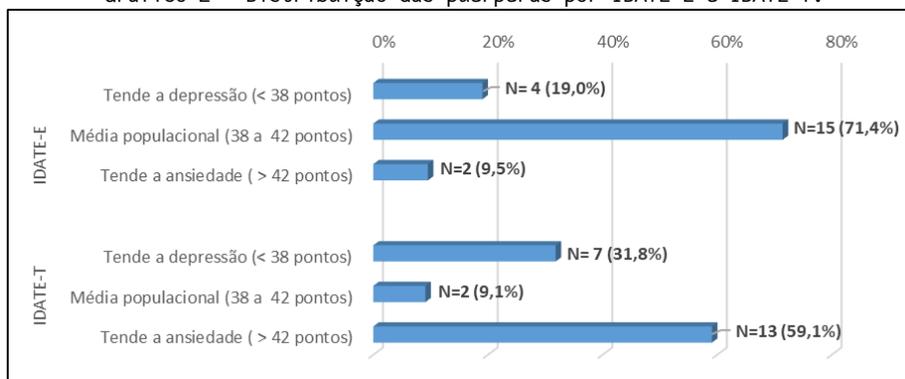
Tabela 5 - Distribuição das parturientes por classificação de IDATE-T, segundo características.

	IDATE-T						P		
	Tende a depressão (< 38 pontos)		Média populacional (38 a 42 pontos)		Tende a ansiedade (> 42 pontos)				
	N	%	N	%	N	%			
Idade (anos)	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,060
Criança/Jovem (Até 29 anos completos)	4	44,4%	2	22,2%	3	33,3%	9	100,0%	
Adulta (30 anos até 59 anos completos)	3	23,1%	0	0,0%	10	76,9%	13	100,0%	
Estado Civil	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,851
Casada	2	20,0%	1	10,0%	7	70,0%	10	100,0%	
Solteira	3	37,5%	1	12,5%	4	50,0%	8	100,0%	
Outro	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	4	100,0%	
Escolaridade	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,384
Fundamental	2	28,6%	2	28,6%	3	42,9%	7	100,0%	
Ensino médio	4	30,8%	0	0,0%	9	69,2%	13	100,0%	
Nível superior	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	
Distúrbio Psiquiátrico	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,257
Ausente	7	38,9%	1	5,6%	10	55,6%	18	100,0%	
Presente	0	0,0%	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
Antecedente pessoal	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,668
Ausente	4	28,6%	2	14,3%	8	57,1%	14	100,0%	
Presente	3	37,5%	0	0,0%	5	62,5%	8	100,0%	
Antecedente pessoal HAS	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,826
Ausente	5	33,3%	2	13,3%	8	53,3%	15	100,0%	
Presente	2	28,6%	0	0,0%	5	71,4%	7	100,0%	
Antecedente pessoal DM	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,106
Ausente	4	22,2%	2	11,1%	12	66,7%	18	100,0%	
Presente	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Antecedente familiar	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,502
Ausente	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%	4	100,0%	
Presente	6	33,3%	1	5,6%	11	61,1%	18	100,0%	
Antecedente familiar HAS	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,433
Ausente	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	5	100,0%	
Presente	5	29,4%	1	5,9%	11	64,7%	17	100,0%	
Antecedente familiar DM	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	1,000
Ausente	3	30,0%	1	10,0%	6	60,0%	10	100,0%	
Presente	4	33,3%	1	8,3%	7	58,3%	12	100,0%	
Antecedente familiar Neoplasias	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,365
Ausente	6	37,5%	2	12,5%	8	50,0%	16	100,0%	
Presente	1	16,7%	0	0,0%	5	83,3%	6	100,0%	
Antecedente familiar Outro	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	0,648
Ausente	7	36,8%	2	10,5%	10	52,6%	19	100,0%	
Presente	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
Idade Gestacional	7	31,8%	2	9,1%	13	59,1%	22	100,0%	1,000
Pré-termo extremo (24-34 semanas)	4	36,4%	1	9,1%	6	54,5%	11	100,0%	
Pré-termo (34-36 semanas)	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%	3	100,0%	
Termo (>/37 semanas)	2	25,0%	1	12,5%	5	62,5%	8	100,0%	

p - nível descritivo do teste exato de Fisher.

Conforme a tabela 5, não se verificaram associações entre classificação de IDATE-T e todas as características.

Gráfico 2 - Distribuição das puérperas por IDATE-E e IDATE-T.



DISCUSSÃO

A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento dos transtornos mentais após o nascimento de um filho tem sido ressaltada em diversos estudos. Um dos primeiros estudos foi realizado em 1968 por Brice Pitt, que estudou 33 mulheres e propôs denominá-lo DEPRESSÃO ATÍPICA, já que, segundo o próprio, as pacientes apresentavam um grau de neurose. (CANTILINO, 2010, p. 288-294)

Nos estudos realizados no Brasil foram encontradas taxas de depressão pós parto entre 7,2% e 43%, podendo variar de região para região e levando em conta sua cultura, período e método diagnóstico. Os fatores de risco fortemente associados a essa condição são história pessoal de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos (episódio depressivo ou ansioso na gestação), eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso. (CANTILINO, 2010, p. 288-294)

Já em nosso estudo não foi avaliada relevância entre tais fatores de risco, uma vez que 75% das puérperas com história pessoal de distúrbio psiquiátrico não apresentaram quadro de depressão segundo a Escala de Beck e 75% das mães com história pessoal positiva apresentaram-se nos níveis da população média quanto a classificação do IDATE-E.

O pós-parto tem sido identificado como um período de precipitação ou exacerbação dos transtornos ansiosos. Em um recente estudo realizado em Recife, em que 400 puérperas foram entrevistadas com a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)⁷⁸, foi observado que cerca de 30% delas apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Utilizando o IDATE, em nosso estudo, foi verificado que 59,1% das mães de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal apresentavam tendência à ansiedade, e, portanto, maiores chances de repercussões emocionais dos quadros de ansiedade materna tanto na mulher quanto na criança, uma vez que verificaram que mães que apresentaram alta ansiedade no pós-parto desenvolveram mais patologias psicossociais ao longo do tempo, e suas crianças apresentavam maiores níveis de desadaptação quando comparadas com crianças de mães de baixa ansiedade.

Na Austrália, um estudo com 400 puérperas encontrou uma incidência de 1,9% à 3,1% que padecem de ansiedade generalizada, fazendo um comparativo com nosso estudo foi visto que se tratando de ansiedade temos uma incidência de 9,5% em transtornos de ansiedade em geral.

CONCLUSÃO

Existe um tabu cultural em relação ao tema gestação e depressão, como se a mulher devesse, obrigatoriamente, ficar radiante pelo nascimento de seu filho.

A idealização do parto, a perda do status de gestante associados a internação de seu recém-nascido em uma UTI Neonatal faz com que essas mulheres tenham mais dificuldades de lidar com eventos adversos no puerpério. A mulher se sente culpada e cansada e esses sentimentos muitas vezes são intensificados pelo impedimento da amamentação.

A ajuda a essa mulher vem por meio de uma equipe multidisciplinar. Essa mãe, diante da sua circunstância, precisa se sentir segura com os profissionais de saúde para a realização de um diagnóstico precoce e uma boa condução do caso. Uma intervenção certa leva para um desfecho favorável.

São necessários mais estudos acerca deste tema com o objetivo de estimular maior atenção psicológica à puérpera, além de facilitar a detecção de sinais e sintomas de um possível distúrbio psicológico ou psiquiátrico puerperal, principalmente nas mulheres que se encontram na difícil situação de ter seu recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.; VIANA, M.; SILVEIRA, C. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12782/art_RENNO_JR_Transtornos_psiquiaticos_no_pos-parto_2010.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jan. 2019
- IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna.*, v. 41, n. 4, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019
- KLAUS, M.; KENNEL, J. Pais/Bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- RENNÓ JÚNIOR, J; RIBEIRO, H. L. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo. Editora Atheneu, p. 1-7, 2012.
- SCHWENGBER, S.; PICCININI, C. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, v.8, n.3, p. 403-411, 2003.