

PARTO E PUERPÉRIO DE MULHERES COM CONDIÇÕES PSQUIÁTRICAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA

Palavras-Chave: TRANSTORNOS MENTAIS, GESTAÇÃO, PARTO, PUERPÉRIO

Autoras:

Ana Carolina Cezar Custódio Passos, FCM - UNICAMP
Prof^ª. Dr^ª. Giuliane Jesus Lajos (orientadora), FCM - UNICAMP

Coautoras:

Sofia Resende Rodrigues da Cunha, FCM - UNICAMP
Prof^ª. Dr^ª. Renata Cruz Soares de Azevedo, FCM - UNICAMP

INTRODUÇÃO:

A gravidez é um período em que ocorrem alterações fisiológicas no organismo feminino. Essas alterações se devem, principalmente, devido a fatores hormonais, devendo-se ressaltar a formação dos esteroides e mineralocorticoides, a mudança na composição dos estrógenos maternos, o aumento dos níveis de renina, angiotensinogênio, angiotensina e hormônio lactogênio placentário, além da maciça produção de gonadotrofina coriônica. Essa combinação de hormônios contribui para duas mudanças principais no funcionamento do corpo materno, podendo ser agrupadas em alterações circulatórias e metabólicas-nutricionais, que fazem com que o organismo constitua-se um sistema inteiramente diferente do que era antes da condição gravídica, em prol de proporcionar condições ideais ao desenvolvimento do feto⁽¹⁾. Estas modificações, em conjunto com fatores ambientais e vulnerabilidade individual, podem gerar medo e sofrimento em algumas mulheres, facilitando o surgimento de sintomas psíquicos.

Há mulheres que possuem o agravante de já terem transtornos mentais ou de desenvolverem essas desordens durante a gestação e puerpério. Algumas situações de risco podem ser citadas, sendo elas: idade inferior a trinta anos, obesidade, ser solteira e múltipara, fazer parte de minorias étnicas, ter condições sociais baixas, possuir comorbidades, fazer uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas⁽²⁾. Nesse sentido, durante a gestação, estima-se que 10% das mulheres tenha depressão, 13% tenha depressão e ansiedade, 3% tenha bipolaridade e 1% tenha transtornos psicóticos^(2,3). Desse modo, associados ambos os fatores, há um agravamento da sensibilidade feminina inerente ao processo gestacional, e muitas complicações - inclusive relacionadas ao parto - podem surgir a partir disso.

Consta na literatura que mulheres com transtorno de ansiedade, bipolaridade e esquizofrenia possuem maior prevalência de parto pré-termo, com uma porcentagem que varia entre 7,6 a 8,2%, em contraposição à apenas 3,7% em mulheres sem transtornos mentais⁽²⁾. É descrito ainda que gestantes com transtorno afetivo bipolar têm um risco 50% aumentado de serem submetidas a cesáreas de emergência⁽⁴⁾, e que mães com esquizofrenia possuem maior chance de necessitarem de intervenções durante o parto⁽⁵⁾, além de possuírem menor chance de terem contato pele a pele e iniciarem amamentação logo após o parto⁽⁶⁾.

Dessarte, vislumbra-se a importância de atentar para a necessidade de atenção especial a esse grupo diversificado de mulheres. Tendo em vista que pouco se sabe acerca das condições e desdobramentos do parto das mulheres com diagnósticos psiquiátricos no Brasil, devido à escassez de estudos, objetiva-se com esta pesquisa coletar dados sobre o parto, abordando as demandas e as peculiaridades de gestantes com transtornos mentais em serviço especializado, de referência terciária.

METODOLOGIA:

Estudo observacional, quantitativo e retrospectivo de corte longitudinal, com desenho de caso-controle, cuja ênfase é avaliar os aspectos de parto e puerpério. Faz parte de um estudo de abordagem mais ampla, cujo título é “Impactos de transtornos mentais na gestação, parto e puerpério de mulheres acompanhadas em hospital de referência terciária de pré-natal”. Os sujeitos foram gestantes atendidas no Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, CAISM/Unicamp, pelos serviços de Pré-Natal Especializado (PNE) ou Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). As mulheres do grupo "caso" foram aquelas com no mínimo 18 anos, atendidas no PNE, que tenham sido acompanhadas tanto pela equipe de obstetria, quanto pela equipe de psiquiatria, ao longo do ano de 2022. Para o grupo “controle”, foram selecionadas grávidas no PNAR, que atende mulheres com morbidades controladas, as quais tenham sido acompanhadas ao longo de 2022 e escolhidas por pareamento de paridade e data de parto. A amostragem calculada foi de 80 gestantes em cada grupo, totalizando 160 mulheres. O projeto passou pela aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da UNICAMP e está de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Tratando-se de estudo retrospectivo, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mulheres em que o contato foi possível e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados para as demais. A confidencialidade dos dados foi assegurada, não sendo possível associar os sujeitos aos seus resultados. O banco de dados foi criado a partir da extração de informações de prontuários online pré-existentes na instituição. As variáveis e conceitos foram agrupados em cinco blocos, a saber: I) dados sociodemográficos, II) dados obstétricos, III) dados psiquiátricos, IV) dados do parto, V) dados do recém-nascido e VI) dados do puerpério. As informações foram organizadas de forma tabular, com valores de frequência absoluta (N) e percentual (%) para as variáveis categóricas e para as variáveis numéricas, calculadas as estatísticas descritivas, com valores de média, mediana, valores mínimo e máximo. Por fim, o teste Qui-quadrado foi utilizado para comparação das variáveis e, quando necessário, o teste de exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). O nível de significância utilizado foi de P com valor menor que 0,05, com intervalo de confiança de 95%. A análise estatística foi realizada no programa STATA, versão 17.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Neste estudo foram incluídas 60 mulheres com transtornos mentais (TM) - caso - e 60 mulheres sem transtornos mentais - controle. O número de casos incluídos no estudo, embora significativo, foi inferior ao calculado baseado na média de atendimentos, além de haver um caso que recusou participar do estudo.

Analisando o grupo com TM, foi possível concluir que os transtornos mais prevalentes foram Transtornos de Ansiedade e Transtornos do Humor, ambos com 39% cada. Em terceiro lugar encontramos mulheres com Transtorno de Uso de Substâncias, correspondendo a 13%. Aproximadamente três quartos dos diagnósticos foram prévios à gestação, e a mesma porcentagem de pacientes faziam uso de medicação durante a gravidez, sendo a classe medicamentosa mais frequente a de antidepressivos (55%).

Inicialmente realizando uma análise sociodemográfica, foi possível traçar o perfil das participantes desse estudo. A maioria das mulheres tinham idade entre 26 e 35 anos (52%), ensino médio completo (46%), eram procedentes da região metropolitana de Campinas (44%), possuíam parceiros fixos (70%) e tinham atividade profissional ativa (58%).

Ao analisar os resultados de forma comparativa entre grupos “caso” e “controle”, foi possível notar que algumas variáveis apresentaram resultados discrepantes (Tabela 1). Percebe-se que dentre as mulheres com TM, houve maior frequência de idades nos limites avaliados, ou seja, no grupo ‘18-25 anos’ e ‘≥36 anos’. Nesse sentido, a maior prevalência de gestantes nos dois extremos etários pode ser interpretada como um possível marco de vulnerabilidade, seja por idades precoces - configurando gravidez na adolescência - ou mais avançadas - caracterizando gravidez tardia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera gravidez na adolescência a gestação que ocorre entre 10 e 20 anos de idade. Portanto, uma parcela do primeiro grupo enquadra-se nessa situação, a qual muitas vezes está relacionada à carência de informação acerca de métodos contraceptivos, ou até mesmo ao acesso a estes. Seguindo o mesmo raciocínio, mulheres que engravidam tardiamente correm o risco de complicações durante a gestação, e muitas vezes engravidam por não

terem orientação adequada quanto aos tocantes de planejamento familiar, anticoncepção e possíveis agravos de uma gravidez tardia - tais como malformações fetais.

Outra diferença encontrada foi uma tendência à maior prevalência de mulheres com parceria fixa no grupo “controle”. Esse dado sugere que mulheres com TM têm maior chance de vivenciar a maternidade solo. Alguns estudos⁽⁷⁾ apontam uma relação entre ser mãe-solo e desenvolvimento de transtornos mentais, portanto, sendo este dado um marcador importante. O estresse parental associado à necessidade de cuidar também de si pode agravar sintomas psíquicos, sendo um importante fator prejudicial à interação mãe-bebê, e até mesmo à saúde da mulher.

Tabela 1: Comparação de aspectos sociodemográficos entre gestantes com e sem transtornos mentais

Variável	Com TM N=60		Sem TM N=60		p-valor
	%	N	%	N	
Idade					<0,001
18-25	23,33	14	10,00	6	
26-35	36,67	22	68,33	41	
>= 36	40,00	24	21,67	13	
Estado civil					0,012
Sem parceiro fixo	40,00	24	18,97	11	
Com parceiro fixo	60,00	36	81,03	47	

Quanto aos antecedentes pessoais e obstétricos, a maior frequência (40%) foi de pacientes com um ou dois filhos prévios e 57% das mulheres não tinham nenhuma cesárea anterior. Nesse estudo, 79% das pacientes realizaram pré-natal adequado, com seis ou mais consultas. Aproximadamente 88% das gestantes possuíam alguma comorbidade clínica, sendo as mais prevalentes diabetes mellitus (48%) e hipertensão arterial (42%), e 39% das mulheres tiveram internações por motivos clínicos durante a gestação. As porcentagens de uso de substâncias psicoativas e tabagismo foram, respectivamente, de 6% e 20%.

Observa-se na análise de dados (Tabela 2) que houve maior incidência de diabetes entre gestantes com TM. Esse dado traz uma reflexão sobre a fragilidade do cuidado com essas mulheres. Isso porque, mesmo quando comparadas a mulheres atendidas em ambulatório especial para pacientes com comorbidades, apresentaram maior propensão a doenças maternas. Diante disso, pode-se pensar nas barreiras de acesso à saúde que os estigmas de transtornos mentais impõem, sendo fatores dificultantes de diagnóstico adequado e correta medicalização. Assim, muitas mulheres do grupo caso já iniciaram o pré-natal com doenças metabólicas, possivelmente em vigência de dietas e tratamentos inadequados.

Além disso, houve maior frequência de uso de substâncias psicoativas e tabagismo em mulheres com TM (Tabela 2). A associação entre TM e uso de substâncias já é descrito na literatura e parece constituir uma relação bidirecional: os sintomas psíquicos parecem ser fator de risco para o início do uso, e os mesmos podem ser agravados pelo consumo de tais substâncias⁽⁸⁾, gerando um ciclo vicioso. No contexto da gestação, vale ressaltar que o uso de nenhuma droga é segura, independentemente da dose, e seu potencial efeito teratogênico pode acarretar malformações e alterar o desenvolvimento fetal.

Tabela 2: Comparação de antecedentes pessoais entre gestantes com e sem transtornos mentais

Variável	Com TM N=60		Sem TM N=60		p-valor
	%	N	%	N	
Diabetes					0,008
Sim	61,02	36	36,67	22	
Não	38,98	23	63,33	38	
Uso de SPA					0,013
Sim	10,53	6	0	0	
Não	89,47	51	100	58	
Tabagismo					0,012
Sim	26,32	15	8,62	5	

A respeito do parto, 75% das mulheres foram submetidas à cesárea, dentre as quais 17% ocorreram por escolha materna. Outras indicações de cesárea relevantes numericamente neste estudo foram iteratividade (13%) e sofrimento fetal (10%). Quanto aos partos vaginais, apresentaram porcentagem semelhantes de trabalho de parto induzido ou espontâneo. Dentre as principais indicações de indução de parto, ressaltam-se hipertensão arterial crônica e hipertensão arterial gestacional - juntas correspondendo a 30% das indicações de indução. A idade gestacional foi prevalentemente maior ou igual a 37 semanas, sem diferença entre os grupos. Analisando as condições prévias de manifestação de desejos para o parto, orientação de preparo para o parto e participação ativa na escolha de via de parto, foram encontrados pouquíssimos registros, sendo portanto insuficiente para realização de análise consistente, e deixando margem para questionarmos se a ausência de dados demonstra falha de registro em prontuário ou se revela carência de abertura de diálogo durante as consultas sobre tais assuntos. Os métodos não farmacológicos para controle da dor foram usados em 64% dos casos, enquanto que a taxa de uso de anestésicos no parto foi de 92%. As medicações intraparto foram usadas em 67% dos casos, com uso mais relevante de ocitocina (46%). Os acompanhantes estavam presentes na sala de parto em 77% dos casos. Quanto ao pós-parto imediato, o pele a pele foi realizado em metade dos casos. Chama a atenção que a amamentação na primeira hora de nascimento não foi realizada em 90% dos casos. Essa prática tem importância no auxílio às contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia; ainda, é imprescindível para criação de vínculo afetivo entre mãe e bebê.

Comparando os dados de parto entre os dois grupos (Tabela 3), a indicação de cesárea por 'outras doenças maternas' foi mais expressiva no grupo caso. Ainda, notou-se que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor apresentaram maior relevância de uso nas mulheres sem TM.

Quanto ao puerpério, a consulta de revisão puerperal foi realizada em 75% dos casos. Nessa primeira consulta puerperal, 58% das pacientes realizavam amamentação exclusivamente no peito, e 33% tiveram alguma complicação puerperal, sendo a principal de etiologia infecciosa, podendo estar diretamente relacionado às altas taxas de cesárea. O uso de métodos contraceptivos estava presente em 88% das mulheres, com destaque para a laqueadura tubária (33%) e o DIU de cobre (20%). Não houve diferenças relevantes numericamente na comparação entre grupos caso e controle quanto a esses dados. A respeito do agravamento ou surgimento de transtornos mentais nessa fase, notou-se importante falha de registro em prontuário, sendo portanto os dados analíticos não acurados.

Tabela 3: Comparação de dados do parto entre gestantes com e sem transtornos mentais

Variável	Com TM N=60		Sem TM N=60		p-valor
	%	N	%	N	
Cesárea por outras doenças maternas					0,012
Sim	15,91	7	0	0	
Não	84,09	37	0	0	
Métodos não farmacológicos para alívio de dor					0,036
Sim	42,86	6	80	16	
Não	57,14	8	20	4	

CONCLUSÕES:

Verificou-se diferença significativa para idade, com maior frequência de mulheres com transtornos mentais engravidando entre 18 e 25 anos e com 36 anos ou mais; já as mulheres do grupo controle engravidaram entre 26 e 35 anos. Houve maior número de mulheres com parceria fixa no grupo controle. Não houve diferença entre os grupos nos demais dados sociodemográficos.

O pré-natal teve número de consultas adequado e constatou que a maioria das mulheres possuía alguma comorbidade. No grupo caso houve maior frequência de diabetes, uso de substâncias psicoativas e tabagismo. Há carência de alguns dados nos prontuários, como preparo para o parto e manifestação de desejos para o parto, o que inviabilizou a análise consistente destas variáveis.

Cesárea foi a principal via de término de parto, em idades gestacionais prevalentemente maior ou igual a 37 semanas, sem diferença entre os grupos. A maioria dos casos analisados contou com uso de medicação intraparto, anestésicos e presença de acompanhante, sem diferença entre os grupos. O número de cesáreas por “outras doenças maternas” foi maior no grupo caso, enquanto que o uso de métodos não farmacológicos para alívio de dor foi maior no grupo controle. A amamentação na primeira hora de nascimento não foi realizada em 90% dos casos.

A consulta de revisão puerperal ocorreu para a maioria das pacientes, sendo constatada predominância do aleitamento materno exclusivo. Um terço das mulheres tiveram complicações puerperais. Não houve diferença estatística nos dados puerperais entre os grupos avaliados. O agravamento ou surgimento de transtornos mentais nessa fase não foi adequadamente documentado.

Uma avaliação prospectiva, com o aumento do número de casos e com componente qualitativo adicional, faz-se necessária para elucidar as tendências de diferenças de alguns achados e esclarecer algumas lacunas na literatura.

BIBLIOGRAFIA

1. NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3ª edição. São Paulo: Sarvier, 1994.
2. MÄNNISTÖ, TMD *et al.* **Maternal psychiatric disorders and risk of preterm birth**. *Annals of Epidemiology*. 2016 Jan; 26(1):14-20.
3. BURKE, KC *et al.* **Comparing Age at Onset of Major Depression and Other Psychiatric Disorders by Birth Cohorts in Five US Community Populations**. *Archives of General Psychiatry*. 1991 Sep;48(9):789-795.
4. RUSNER, M; Berg M; Begley C. **Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes**. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Oct 28;16(1):331
5. LEIGHT KL *et al.* **Childbirth and mental disorders**. *International Review of Psychiatry*. 2010;22(5):453-471.
6. TAYLOR CL *et al.* **Maternal Schizophrenia, Skin-to-Skin Contact, and Infant Feeding Initiation**. *Schizophrenia Bulletin*. 2022 Jan 21;48(1):145-153.
7. BERRYHILL, MB; Durtschi JA. **Understanding Single Mothers' Parenting Stress Trajectories**. *Taylor & Francis*. 2016 Jul 20; 227-245
8. BISCARO, MDA; Azevedo, RCS. **Uso de drogas por pessoas com transtorno mental grave: percepção do usuário e de seus familiares**. *Debates em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 20–29, 2018. DOI: 10.25118/2763-9037.2018.v8.311.